약관

무배당 간편심뇌혈관질환치료특약(갱신형)

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다

MetLife

함께 찾아가는 인생

무배당 간편심뇌혈관질환치료특약(갱신형) 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. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증” 으

로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 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), 뇌척수액 검사 결과에 일치되게 "뇌혈관질환"의 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다. 경동맥 초음파 및 TOF MRA (time-of-flight MRA, 유체속도강조 자기공명혈관조영법) 등 선별검사 (Screening test, 스크리닝테스트)는 "뇌경색증"을 최초 진단 확정하기 위한 검사가 아닙니다. 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(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용 합니다)

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 인정하

는 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 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.)

신의료기술평가위원회
“의료법 제 54 조 (신의료기술평가위원회의 설치 등)” 에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한

최고의 심의기구를 말합니다.

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. 다만, 최초계약의 보험계약일부터 1 년 미만에 지급사유가 발생한 경우에는 약정한 보험금의 50 % 를 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 1 항에 의하여 보험료 납입이 면제된 경우라 하더라도, 제 15 조 (특약의 갱신) 에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 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.

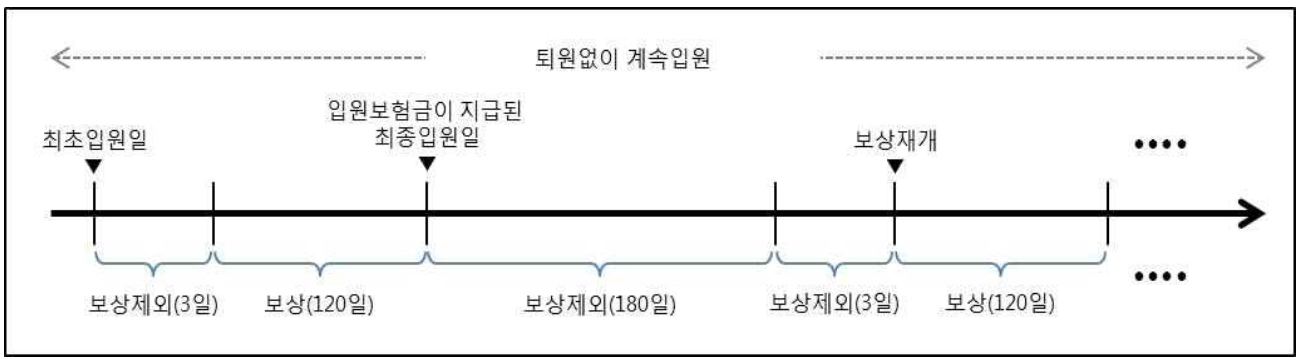
④ 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 경우 입원지급일수는 1 회 입원 당 120 일을 최고한도로 합니다.

⑤ 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.

⑥ 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 경우 피보험자가 동일한 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심

장질환” 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.

⑦ 제 6 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 입원 중인 경우에는 입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑧ 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원에 대해서는 제 6 항의 규정을 적용하여 계속 입원보험금을 지급하여 드립니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 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.

⑪ 최초계약의 보험계약일부터 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 제

4 조 (보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제 5 조 (보험금 등 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

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, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 뇌혈관질환 수술증명서, 허혈성심장질환 수술증명서, 입원증명서 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이

붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령 또는 계약자적립액, 보험료의 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관) 의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 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 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제해드리고, 납입면제 사유발생일 이후에 납입한 보험료를 지급하여 드립니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제해드리고, 납입면제 사유발생일 이후에 납입한 보험료를 지급하여 드립니다. 보험료 납입면제 청구일로부터 7 영업일 이내에 납입면제가 되지 않을 경우에는 납입 면제 지

연을 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

보험금 가지급제도
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우, 회사가 추정하는 보험금의 50%를 한도로 그 범위 내에서 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다.

분쟁조정신청
분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

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 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, **정당한 사유** 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

정당한 사유
사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

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.

계약 전 알릴 의무
상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약할

때에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 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 **보장개시일**부터 보험금지급사유가 발생하

지 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

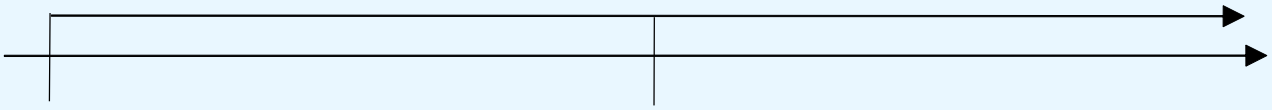
보장개시일



청약 승낙 제1회 보험료 납입

- 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 이후에 회사가 승낙한 경우

보장개시일



청약 승낙
제1회 보험료 납입

- 청약한 후에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

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 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

③ 제 2 항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 **보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증**과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

보험가입금액 한도 제한

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

일부보장 제외 (부담보)

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

보험금 삭감

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

보험료 할증

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법을 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 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다" 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 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 20 조 (해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 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 붙

여 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 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 18 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 해약환급금을 받지 않은 경우 (보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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 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.

실종선고
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 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.

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 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

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

⑧ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초

계약” 이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제 15 조 (특약의 갱신) 에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약” 이라 합니다.

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

제 11 조 특약의 보장개시일

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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 알

리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 단, 이 특약의 납입기간 및 보험유형(유해약환급금형과 무해약환급금형)은 변경이 불가합니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 20 조 (해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

④ 특약의 보험가입금액이 감액되는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제 14 조 특약의 보험기간

① 최초계약의 보험기간은 10 년 또는 20 년 만기로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 5 년 만기로 합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 5 년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의

보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제 15 조 특약의 갱신

① 제 9 조 (특약의 체결 및 소멸) 에도 불구하고 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 자동으로 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 (다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다) 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100 세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 보험료의 납입이 연체되어 납입최고 (독촉) 중인

경우에는 납입최고 (독촉) 기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신할 수 없습니다.

3. 제 9 조 (특약의 체결 및 소멸) 에 따라 이 특약이 소멸한 경우

4. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15 일전까지 특약을 갱신하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

5. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 제 1 항에 따라 갱신된 계약에 대해서 갱신 전 계약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신 전 계약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시점의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30 일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화 (음성녹음) 로 안내해 드립니다.

⑥ 제 5 항의 보험요율은 나이의 증가 및 보험료 산출에 관한 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리

비용, 위험률 등)의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 보험기간 만료일까지 효력을 가지게 됩니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중

에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 17 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 해약환급금을 받지 않은 경우 (보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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 20 조 (해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 18 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.

평균공시이율
현재 시점의 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지 (www.fss.or.kr) - 업무자료 - 보험상품자료 - 평균공

시이율에서 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 11 조 (특약의 보장개시일) 의 규정을 따릅니다.

④ 제 1 항 내지 제 2 항에 따라 특약이 부활 (효력회복) 된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 특약을 청약할 때 제 10 조 (계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지) 제 1 항을 위반한 경우에는 제 10 조 (계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지) 가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 19 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 20 조 (해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에

게 지급합니다.

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

제 19 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.

「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)
① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조 제3항, 제18조 제2항, 제19조 제1항 · 제3항, 제20조 제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유

없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락 여부를 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.

정당한 사유
금융소비자 보호에 관한 법률 시행령
제38조(위법계약의 해지) 제4항에 따른 정당한 사유 범위에 해당하는 경우를 말합니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 시행령
제38조(위법계약의 해지)
① 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 금융상품”이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자

또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.

② 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 기간”이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.

③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.

④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우

4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가
정하여 고시하는 경우
⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 20 조 (해약환급금) 제 4 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제 20 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이

자의 계산은 별표 2 (보험금을 지급할 때의 적립이율 계산) 에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제 19 조의2 (위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제 21 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 500 만원 (특약보험가입금액의 50 %) (다만, 최초계약의 1 년 미만 수술 시 250 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, 최초계약의 1 년 미만 입원 시 5 천원 지급)

주)1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 입원보험금은 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 합니다.

3. “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표 3 (뇌혈관질환 및 허혈성심장질환 분류표) 에서 정하는 질병을 말합니다.

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

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

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)	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 %)
해약환급금 (제 19 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50 % 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40 %
	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. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
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.

연단위 복리 계산

이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는(원금 + 이자)에 대하여 이자를 계산하는 방법입니다. 연단위 복리는 복리를 연단위로 계산하는 방법입니다.

예시) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용 시 2년 후 원리금
연단위 복리 계산법 : 100원(원금) + 100원 × 10%(1년차 이자) + [100원 + 100원 × 10%] × 10%(2년차 이자) = 총 121원

정당한 사유

회사의 보험금 지급지연 사유가 보험금지급의 신속성과 편의성 방해가 아닌 공정하고 정확한 보험금 지급사유의 조사, 확인을 위한 것으로 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

별표 3

뇌혈관질환 및 허혈성심장질환 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심장질환”으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 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	거미막하 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. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 및 허혈성심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

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.