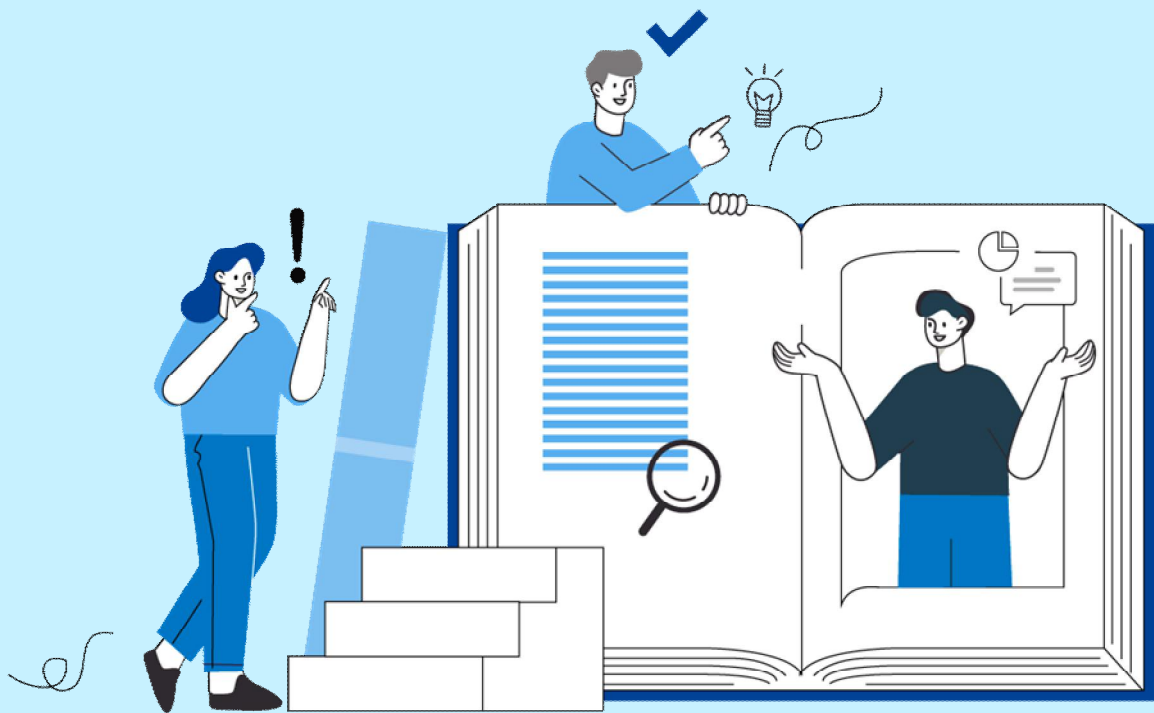


판매일자: 2022.10.01.

무배당

재진단암특약(갱신형)



 산업은행계열 KDB생명

본 계약서류는 관련 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됨을 안내드립니다.

목차

제1관 목적 및 용어의 정의	5
제1조 (목적)	5
제2조 (용어의 정의)	5
제3조 (“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “전립선암” 및 “첫번째 암”의 정의 및 진단확정)	6
제4조 (“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)	7
제5조 (“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)	8
제6조 (“재진단암”의 정의 및 진단확정)	9
제7조 (“수술”의 정의와 장소)	9
제8조 (“항암방사선치료”의 정의)	10
제9조 (“항암약물치료”의 정의)	10
 제2관 보험금의 지급	 11
제10조 (보험금의 지급사유)	11
제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)	11
제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)	12
제13조 (보험금 등의 청구)	12
제14조 (보험금 등의 지급절차)	12
제15조 (보험수익자의 지정)	13
 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	 13
제16조 (계약 전 알릴 의무)	14
제17조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	14
 제4관 특약의 성립과 유지	 15
제18조 (특약의 체결 및 소멸)	15
제19조 (피보험자의 범위)	17
제20조 (특약의 자동갱신)	17
제21조 (특약의 보험기간)	18
제22조 (특약의 무효)	18
제23조 (특약내용의 변경 등)	19
 제5관 보험료의 납입	 19

제24조 (특약의 보장개시)	19
제25조 (특약보험료의 납입)	21
제26조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)	21
제27조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))	22
제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등	22
제28조 (계약자의 임의해지)	22
제29조 (해지환급금)	22
제7관 기타사항	23
제30조 (주계약 약관 규정의 준용)	23

(부표1) 보험금 지급 기준표	24
(부표2) 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침 습 방광암 제외)	26
(부표3) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제14조 제2항 및 제29조 제2항 관련)	28

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 의료기관: 의료법 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- 나. 의사: 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

【중요한 사항】

직업, 현재 및 과거 병력, 장애상태, 고위험 취미 (예: 암벽등반, 패러글라이딩) 등을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

【단리와 복리】

이자율 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 (원금+이자)에 대해서 이자를 계산하는 방법입니다.

예시) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 2년 후 원리금은?

단리계산법: $100\text{원} + (100\text{원} \times 10\%) + (100\text{원} \times 10\%) = 120\text{원}$

원금 1년차 이자 2년차 이자

복리계산법: $100\text{원} + (100\text{원} \times 10\%) + [100\text{원} + (100\text{원} \times 10\%)] \times 10\% = 121\text{원}$

원금 1년차 이자 2년차 이자

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 계약의 체결 시점)의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.kdblifeco.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 암보장개시일

(1) 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “전립선암” 및 “첫번째 암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날이며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 최초계약 및 갱신계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.

(2) ‘(1)’에도 불구하고 최초계약의 계약일(최초계약 및 갱신계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일) 현재 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 최초계약의 계약일(최초계약 및 갱신계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)을 암보장개시일로 합니다.

다. 재진단암 보장개시일: 제6조(“재진단암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 재진단암에 대한 보장개시일은 다음 각 세목과 같습니다.

(1) 첫번째 재진단암 보장개시일: 첫번째 암 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함)이 되는 날의 다음 날

(2) 두 번째 이후 재진단암 보장개시일: 직전 재진단암 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함)이 되는 날의 다음 날

라. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 공휴일 및 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 자동갱신 관련 용어

가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제20조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.

다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하, “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 다음 날을 말합니다.

제3조 (“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “전립선암” 및 “첫번째 암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “대상이 되는 악성신생물(암)분류표(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습 방광암 제외)”(부표2 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악

성신생물(암)), 제4조(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 비침습 방광암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “첫번째 암”이라 함은 제1항에서 정한 암으로서, 암보장개시일 이후 처음으로 진단 확정되는 암을 말합니다.
- ⑥ 암, 기타피부암, 갑상선암 및 전립선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암 및 전립선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조 (“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



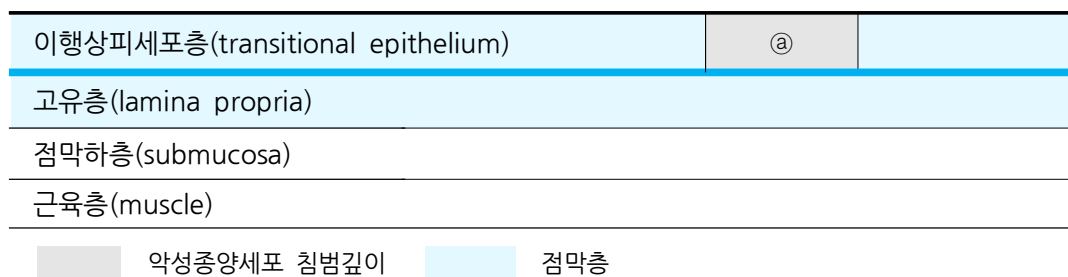
- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
 ② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ② 대장점막내암의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 방광의 악성신생물(암)(C67)에 해당하는 질병 중에서 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼 [(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaN0M0인 방광암을 말합니다.

【비침습방광암 예시】



- ① 악성종양세포가 이행상피세포층을 침범한 경우

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 비침습 방광암의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
 ③ 비침습 방광암의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은

조직검사(biopsy), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 비침습 방광암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (“재진단암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “재진단암”이라 함은 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “전립선암” 및 “첫번째 암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암 중 같은 조 제4항에서 정한 전립선암을 제외한 질병에 해당하면서 이 특약의 보험기간 중 재진단암 보장개시일 이후에 다음 각 호의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습 방광암 및 전립선암 제외)으로 진단 확정 받은 경우를 말합니다.
 1. 새로운 원발암: 원발부위에 발생한 암으로 첫번째 암 또는 재진단암과 다른 조직병리학적 특성을 가진 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습 방광암 및 전립선암 제외)
 2. 동일 장기 또는 타 부위에 전이된 암: 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져 다시 그곳에서 자리를 잡고, 지속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습 방광암 및 전립선암 제외)
 3. 동일 장기에 재발된 암: 첫번째 암 또는 재진단암과 동일한 조직병리학적 특성을 가진 암으로 치료를 통해 첫번째 암 또는 재진단암의 암세포를 제거한 후 그 첫번째 암 또는 재진단암으로 인하여 새롭게 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습 방광암 및 전립선암 제외)이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습 방광암 및 전립선암 제외)
 4. 제24조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후 발생한 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습 방광암 및 전립선암 제외) 진단부위에 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습 방광암 및 전립선암 제외) 세포가 남아있는 경우(다만, 첫번째 암이 전립선암이고 2년이후 암세포가 남아있는 경우는 재진단암으로 보지 않음)
- ② “재진단암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 재진단암으로 진단 또는 치료(재진단암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하며, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

제7조 (“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사가 피보험자의 재진단암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 재진단암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받는 경우를 말합니다.
 1. 포함되는 수술: 기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을

수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【생체(生體)】

살아있는 사람의 몸을 말합니다.

【절단(切斷)】

특정부위를 잘라 내는 것을 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구입니다.

2. 제외되는 수술: 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외됩니다.

【흡인(吸引)】

주사기 등으로 빨아들이는 것을 말합니다.

【천자(穿刺)】

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 “수술”은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.
- ③ “재진단암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]를 말합니다.

제8조 (“항암방사선치료”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 재진단암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② “재진단암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]를 말합니다.

제9조 (“항암약물치료”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 재진단암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

- ② “재진단암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등 보험금 지급에 대한 설명이 들어있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제10조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 재진단암 보장개시일 이후에 재진단암으로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 “보험금 지급 기준표”(부표1 참조)에서 약정한 재진단암 진단보험금을 지급합니다.

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 새로이 갱신되는 특약에서는 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입하여야 합니다.
- ② 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 재진단암 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 재진단암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제10조(보험금의 지급사유)에서 규정한 재진단암 진단보험금을 지급합니다. 다만, 피보험자의 사망으로 이미 지급된 책임준비금이 있는 경우에는 재진단암 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하여 지급합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

- ③ 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “전립선암” 및 “첫번째 암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습 방광암은 암의 정의에서 제외되고, 제6조(“재진단암”의 정의 및 진단확정)에 따라 전립선암은 재진단암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습 방광암 또는 전립선암으로 진단확정시 재진단암 진단보험금은 지급되지 않습니다.
- ④ 제9차 개정 이후 다음 각 호에서 정한 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질

병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

1. 제3조 (“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “전립선암” 및 “첫번째 암”의 정의 및 진단확정)
2. 제4조 (“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)
3. 제5조 (“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)
4. 제6조 (“재진단암”의 정의 및 진단확정)

⑤ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못하는 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 이 상품은 만기환급금이 없는 순수보장성 상품입니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제13조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 암 진단서, 검사결과지(조직검사 등), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자

메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(부표3 참조)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 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 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 1. 소송제기
 - 2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
 - 3. 수사기관의 조사
 - 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 - 6. 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 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.

【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 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제15조 (보험수익자의 지정)

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)와 같습니다) 합니다. 다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제17조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 이 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 이 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 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 특약을 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 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 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 특약의 처리결과를 “반대증거가 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 증거

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제29조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

- ④ 제16조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑥ 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제4관 특약의 성립과 유지

제18조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다. 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 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 신체 부위를 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】

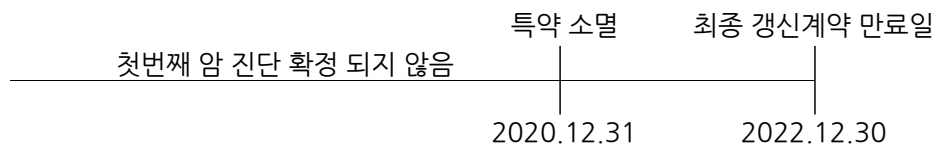
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별 보험료를 부가하는 방법을 말합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

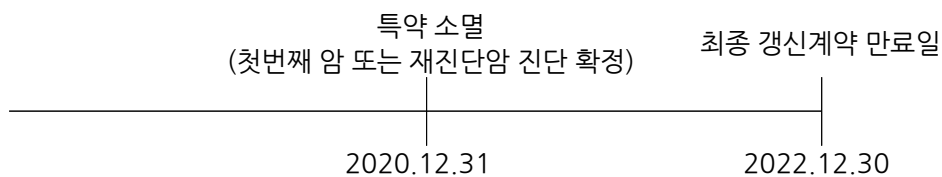
- ③ 제2항의 “청약일로부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 이 약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
다만, 이 특약의 보험료 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 이 특약은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
 3. 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
 - 가. 첫번째 암으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우
 - 나. 첫번째 암 또는 재진단암 진단 확정일부터 그 날을 포함한 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우

【특약의 소멸 예시】

- 첫번째 암이 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 2년 이하



- 첫번째 암 또는 재진단암 진단 확정일부터 그 날을 포함한 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 2년 이하



- ⑥ 제5항 제2호의 경우 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑦ 제5항 제3호의 경우 소멸 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제14조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 지급일일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ⑨ 제5항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 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 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

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

제19조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제20조 (특약의 자동갱신)

- ① 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 통지를 하지 않고 이 특약의 보험료 납입기일(갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다)까지 계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 납입할 때 이 특약은 자동갱신 되는 것으로 합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 자동갱신 되지 않습니다.
 1. 주계약이 갱신형인 경우 계약자가 주계약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 통지를 한 경우
 2. 보험기간이 끝나는 날까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 3. 피보험자의 나이가 갱신되는 특약의 보험기간이 끝나는 날의 다음 날 사업방법서에서 정한 갱신계약의 가입나이를 초과하는 경우
 4. 갱신시점의 갱신일부터 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지의 기간이 5년 미만인 경우
- ③ 갱신계약의 효력에 관하여는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ④ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날(주계약이 연금보험인 경우에는 연금개시전 보험기간이 끝나는 날, 주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간이 끝나는 날, 이하 같습니다)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일 전일로 합니다.
- ⑤ 갱신할 때 적용하는 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용하므로 갱신보험료가 변동될 수 있습니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간이 끝나는 날 30일 전까지 계약자에게 서면으로 통지합니다.

【보험요율】

위험률, 계약체결비용 및 관리비용, 적용이율 등에 따라 산출되는 보험가입금액에 대한 보험료의 비율을 말합니다. 갱신계약의 보험요율은 해당 갱신시점의 위험률, 계약체결비용 및 관리비용, 적용이율 등을 적용하여 산출합니다.

- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑧ 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ⑨ 주계약이 갱신형인 경우 이 특약은 주계약을 갱신하지 않으면 해지된 것으로 봅니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급하며, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 주계약이 보험금 지급사유로 인하여 자동갱신 되지 않더라도 이 특약의 갱신이 가능한 경우에는 해지되지 않습니다.
- ⑩ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용합니다.

제21조 (특약의 보험기간)

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 특약의 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신시점의 갱신일부터 제20조(특약의 자동갱신) 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 5년 만기로 갱신하며, 갱신시점의 갱신일부터 제20조(특약의 자동갱신) 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지의 기간이 5년 미만인 경우에는 더 이상 갱신되지 않습니다.

제22조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한하며, 보험료 납입면제 등 실질적으로 보험료 납입이 없는 경우에는 이를 제외한 금액)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

- 1. 계약을 체결할 때 이 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “전립선암” 및 “첫번째 암”의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습 방광암 제외)으로 진단

이 확정되어 있는 경우

제23조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제29조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【보험가입금액의 감액】

가입할 때 선택한 보험가입금액을 낮추는 것을 감액이라고 하며, 계약자는 보험가입금액의 감액을 신청할 수 있습니다. 보험가입금액의 감액 후에는 감액한 비율만큼 보장이 감소합니다. 보험가입금액을 감액하면 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

- ③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액 할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생하거나 보험료 납입이 면제된 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5관 보험료의 납입

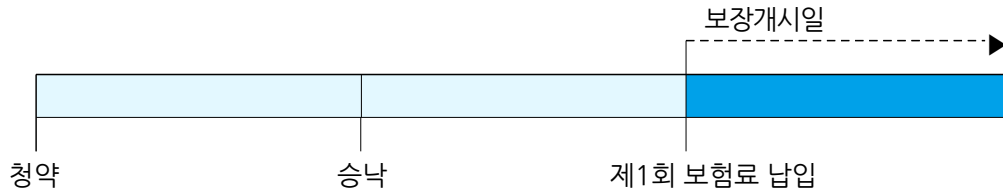
제24조 (특약의 보장개시)

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

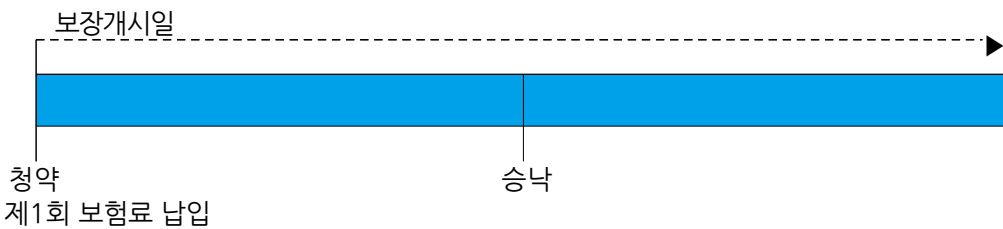
【보장개시일】

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.

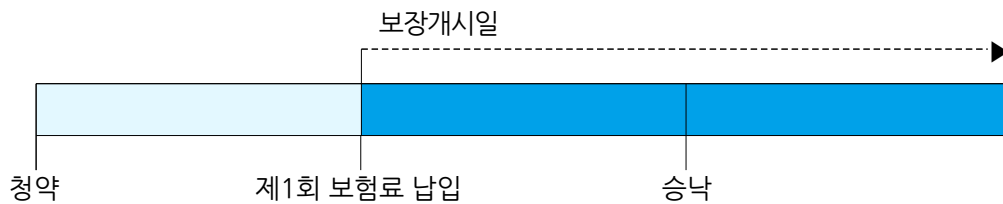
- 청약한 후에 회사가 승낙하고 그 이후에 제1회 보험료를 받은 경우



- 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 이후에 회사가 승낙한 경우



- 청약한 후에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “전립선암” 및 “첫번째 암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날이며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 최초계약 및 갱신계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일】

보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다.

예) 4월 10일에 제1회 보험료를 납입한 경우

보장개시일: 4월 10일

암보장개시일: 7월 9일

(4월 10일 + 90일 = 7월 9일)

- ③ 제2항에도 불구하고 최초계약의 계약일(최초계약 및 갱신계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일) 현재 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 최초계약의 계약일(최초계약 및 갱신계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제6조(“재진단암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 재진단암에 대한 보장개시일은 다음 각 호와 같습니다.
1. 첫번째 재진단암 보장개시일: 첫번째 암 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 되는 날의

다음 날

2. 두 번째 이후 재진단암 보장개시일: 직전 재진단암 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함)이 되는 날의 다음 날

【재진단암 보장개시일 예시】

첫번째 암 진단확정	첫번째 재진단암 보장개시일	첫번째 재진단암 진단확정	두 번째 재진단암 보장개시일	두 번째 재진단암 진단확정	...
	(2년)	(보장)	(2년)	(보장)	
2022.02.10	2024.02.10	2024.05.20	2026.05.20	2026.07.30	

제25조 (특약보험료의 납입)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간과 동일한 기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약의 납입기일을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 납입기일을 준용합니다.

제26조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 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 해지되지 않습니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다.
- ③ 제2항의 경우 회사는 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 특약보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

- ④ 회사가 제2항 및 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항 및 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항에서 제3항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제29조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제27조 (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.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 보험계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

- ② 주계약의 부활(효력회복)청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제24조(특약의 보장개시)의 규정을 준용합니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제28조 (계약자의 임의해지)

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제29조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조 (해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

【보험료 및 책임준비금 산출방법서】

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 책임준비금, 해지환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(부표3 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제30조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대해서는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(부표 1)

보험금 지급 기준표

(기준: 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
재진단암 진단보험금 (제10조)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 재진단암 보장개시일 이후에 재진단암으로 진단이 확정되었을 때	1,000만원

(주) 1. 재진단암에 대한 보장개시일은 다음 각 목과 같습니다.

- 가. 첫번째 재진단암 보장개시일: 첫번째 암 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함)이 되는 날의 다음 날
- 나. 두 번째 이후 재진단암 보장개시일: 직전 재진단암 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함)이 되는 날의 다음 날

【재진단암 보장개시일 예시】

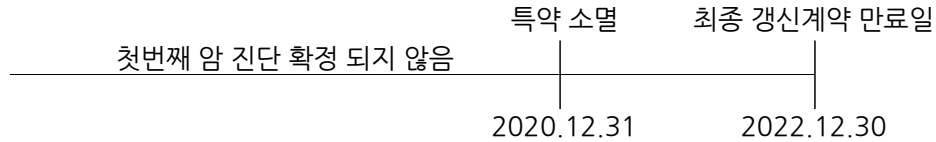
첫번째 암 진단확정	첫번째 재진단암 보장개시일	첫번째 재진단암 진단확정	두 번째 재진단암 보장개시일	두 번째 재진단암 진단확정
	(2년)	(보장)	(2년)	(보장)
2022.02.10	2024.02.10	2024.05.20	2026.05.20	2026.07.30

- 2. 재진단암이라 함은 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “전립선암” 및 “첫번째 암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암 중 같은 조 제4항에서 정한 전립선암을 제외한 질병에 해당하면서 이 특약의 보험기간 중 재진단암 보장개시일 이후에 다음 각 목의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습 방광암 및 전립선암 제외)으로 진단 확정 받은 경우를 말합니다.
 - 가. 새로운 원발암
 - 나. 동일 장기 또는 타부위에 전이된 암
 - 다. 동일 장기에 재발된 암
 - 라. 암보장개시일 이후에 발생한 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습 방광암 및 전립선암 제외) 진단부위에 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습 방광암 및 전립선암 제외) 세포가 남아있는 경우(다만, 첫번째 암이 전립선암이고 2년이후 암세포가 남아있는 경우는 재진단암으로 보지 않음)
- 3. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 또한, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- 4. 이 특약의 보험기간 중 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없게 된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 회사는 소멸 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 - 가. 첫번째 암으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우

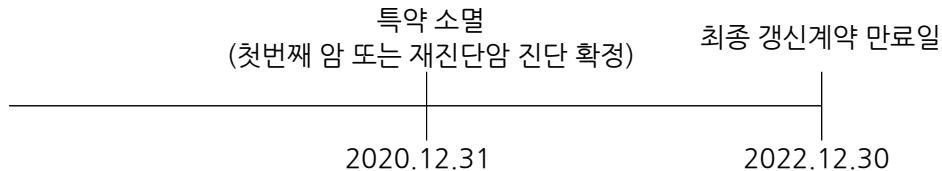
나. 첫번째 암 또는 재진단암 진단 확정일부터 그 날을 포함한 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우

【특약의 소멸 예시】

- 첫번째 암이 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 2년 이하



- 첫번째 암 또는 재진단암 진단 확정일부터 그 날을 포함한 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 2년 이하



5. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 새로이 갱신되는 특약에서는 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입하여야 합니다.
6. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 재진단암 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 재진단암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제10조(보험금의 지급사유)에서 규정한 재진단암 진단보험금을 지급합니다. 다만, 피보험자의 사망으로 이미 지급된 책임준비금이 있는 경우에는 재진단암 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하여 지급합니다.
7. 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “전립선암” 및 “첫번째 암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습 방광암은 암의 정의에서 제외되고, 제6조(“재진단암”의 정의 및 진단확정)에 따라 전립선암은 재진단암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습 방광암 또는 전립선암으로 진단확정시 재진단암 진단보험금은 지급되지 않습니다.

(부표 2)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습 방광암 제외)

약관에 규정하는 “악성신생물(암)”로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 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. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- (주) 1. 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(암)(C15~C26) 중 제4조(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 요로의 악성신생물(암)(C64~C68) 중 제5조(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 비침습 방광암은 상기 분류표에서 제외 됩니다.

5. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외됩니다.
6. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

(부표 3)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제14조 제2항 및 제29조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
재진단암 진단보험금 (제10조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제29조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제14조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【정당한 사유】

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