무배당 THE 간편한 주요심뇌혈관질환케어특약(갱신형)

—

보험약관

보험의 오늘을 넘어
보험의 기대를 넘어
행복까지 케어합니다

행복중심케어
라이나생명

www.lina.co.kr

Cigna. 라이나생명

목차

시각화된 약관 요약내용 (소비자가 알아두어야 할 유의사항) 3
제 1 관 목적 및 용어의 정의 6
제 1 조 【목적】 6
제 2 조 【용어의 정의】 6
제 2 관 보험금의 지급 7
제 3 조 【"주요 심/뇌혈관계질환"의 정의 및 진단확정】 7
제 4 조 【"입원" 및 "수술"의 정의 및 장소】 7
제 5 조 【보험금의 지급사유】 7
제 6 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 7
제 7 조 【보험금 등의 청구】 8
제 8 조 【보험금 등의 지급절차】 8
제 3 관 보험계약의 성립과 유지 9
제 9 조 【특약의 체결 및 소멸】 9
제 10 조 【특약내용의 변경】 9
제 11 조 【특약의 보험기간】 9
제 12 조 【특약의 갱신】 9
제 4 관 보험료의 납입 10
제 13 조 【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 10
제 14 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 10
제 15 조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】 10
제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등 11
제 16 조 【계약자의 임의해지】 11
제 17 조 【해지환급금】 11
제 6 관 기타사항 등 11
제 18 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 11
(별표 1) 보험금 지급기준표 11
(별표 2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 11
(별표 3) 주요 심/뇌혈관계질환 분류표 12

1. 상품명칭 등으로 상품의 특징 이해하기

상품명칭: 무배당 THE 간편한주요심뇌혈관질환케어특약(갱신형)

- **무배당**은 계약자에게 배당을 하지 않는 상품을 말합니다.
- **주요심뇌혈관질환케어특약**은 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하는 상품입니다.
- 이 상품은 **"간편심사"**상품으로 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, **의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반보험에 가입할 수 있습니다.** (다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다.)
- **갱신형**은 보험계약 **갱신 시** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료가 인상**될 수 있습니다.

2. 보험금 지급 유의사항

주의

이 보험에는 **감액지급**, **보장한도** 등 **보험금 지급 유의사항**이 설정되어 있습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

☑ 감액지급

감액지급
50%
(1년이내)

이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)**되는 담보가 있습니다.

담보명	감액기간 및 비율
주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급
주요 심/뇌혈관계질환 수술급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급

※ 갱신계약은 감액지급이 없습니다.

☑ 보장한도

보장한도
보험금
지급한도적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

담보명	보장한도
주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금	입원일수 **120일 한도**로 보장
주요 심/뇌혈관계질환 수술급여금	-

☑ 기타 유의사항

- 최초계약의 경우 보험계약일부터 **1 년이 지난** 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생한 경우에는 약정된 **지급보험금의 50%만 지급**합니다.
- 갱신계약의 경우에는 감액없이 해당 보험금을 지급합니다.
- "주요 심/뇌혈관계질환" 등 **특정질병을 보장하는 보험은 약관 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다**.
- "주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금"의 지급일수는 1 회 입원당 **120 일을 최고 한도**로 합니다

3. 해지환급금에 관한 사항

- 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해지환급금**을 지급합니다.



주의

해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

* 해지환급금: 납입한 보험료에서 계약체결 · 유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

4. 갱신 시 보험료 인상 가능성

- 이 특약은 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약입니다.



주의

갱신형 계약은 **갱신할 때마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료**가 **인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

5. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험



주의

① 이 보험은 질병에 대한 위험 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다**.

② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

간편심사보험



주의

① 이 보험은 **질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 소비자**가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.

② **일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입하는 경우 불리할 수 있습니다.**

예금자보호제도에 관한 사항



주의

① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 **1 인당 "최고 5 천만원"이며, 5 천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다**.

무배당 THE간편한주요심뇌혈관질환케어특약(갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 주된 보험계약(이하'주계약'이라 합니다)에 부가되어 보험계약자(이하'계약자'라 합니다)와 보험회사(이하'회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 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: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

> 【보험가입금액 한도 제한】
> 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

> 【일부 보장 제외】
> 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

> 【보험금 삭감】
> 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생한 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

> 【보험료 할증】
> 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하여 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

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.

> 【연단위 복리 예시】
> 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액
> - 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원
> - 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원
> → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

   나. 평균공시이율: 전체 보험회사의 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 또한, 관련법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.
   다. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조【"주요 심/뇌혈관계질환"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "주요 심/뇌혈관계질환"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표3("주요 심/뇌혈관계질환 분류표" 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 주요 심/뇌혈관계질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제4조【"입원" 및 "수술"의 정의 및 장소】

① 이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 "의사"에 의하여 "주요 심/뇌혈관계질환"으로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 "의료기관"에 입실하여 "의사"의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 "의사"가 피보험자의 "주요 심/뇌혈관계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 "의료기관"에서 "의사"의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것【레이저(Laser) 수술 또는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다】을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액•조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 '수술'에서 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제5조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. **피보험자가 보험기간 중 주요 심/뇌혈관계질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속하여 입원 하였을 때**
   : 주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금 지급 (입원일수 120 일 한도)
2. **피보험자가 보험기간 중 주요 심/뇌혈관계질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때**
   : 주요 심/뇌혈관계질환 수술급여금 지급 (수술 1 회당)

제6조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

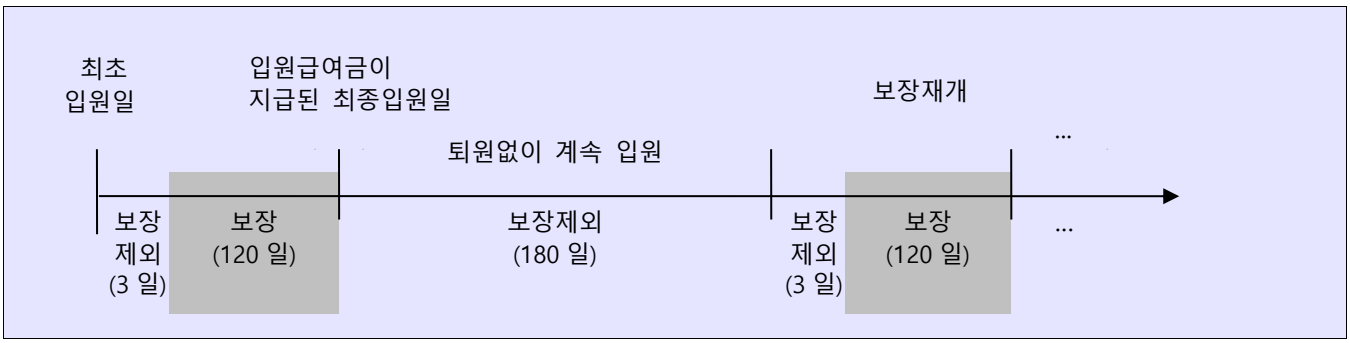
② 최초 계약의 경우 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 감액없이 해당 보험금을 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

⑤ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 원인의 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 더하고 제4항의 규정을 적용합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑦ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여 제4항의 규정에 따라 계속 주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑧ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지나기 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금의 100%를 지급하여 드립니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑪ 제1항에도 불구하고, 주계약이 갱신형 계약일 때에는, 보험료 납입이 면제된 이후에 제12조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제7조【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. **청구서(회사양식)**
2. **사고증명서(입원증명서, 수술증명서, 진단서, 사망진단서 등)**
3. **신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)**
4. **기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류**

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험금 등의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 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 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)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 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융감독원 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3항의 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.
⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

【보험금 가지급제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금입니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 이 특약을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 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 효력을 갖습니다.
2. 피보험자가 사망하여 보험금의 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 이 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
④ 제3항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
⑤ 제3항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제8조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 2 (보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

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

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도를 말합니다.

제10조【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제17조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 이 경우 해지환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 보험금 또는 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제11조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다

제12조【특약의 갱신】

① 제 9 조(특약의 체결 및 소멸) 제 1 항에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15 일전까지 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면, 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 주계약에서 정한

납입최고(독촉) 기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.

② 보험기간 중 보험료의 납입면제가 된 경우에도 제 1 항에 따라 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하여야 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 이 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 갱신 할 때에는 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신됩니다. 다만, 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 90 세 계약해당일 전일로 하며, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 90 세만기로 갱신됩니다.

④ 제 1 항에서 제 3 항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일(주계약이 갱신형 계약인 경우에는 주계약 최종 갱신계약의 보험기간 만료일)을 초과하는 경우

2. 기타 사유로 이 특약이 소멸한 경우

⑤ 제 1 항에서 제 3 항에 따라 갱신된 특약에 대해서 갱신 전 특약의 약관을 따릅니다. 다만, 갱신 전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 내용을 따릅니다.

⑥ 갱신계약의 효력에 관하여는 제 13 조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제 3 항에도 불구하고 갱신 전 특약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

⑦ 갱신계약의 보험료, 책임준비금 및 해지환급금은 갱신일 현재의 보험요율을 적용하여 재계산합니다.

⑧ 제 7 항의 보험요율은 피보험자 나이의 증가 및 보험료 산출에 관한 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑨ 회사는 다음 각호에 해당하는 경우 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간 만료일 30 일전까지 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제4항 제1호에 따라 갱신이 제한된 경우 그 제한사유

2. 제5항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용

3. 제7항 및 제8항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑩ 제2항에도 불구하고 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우에는 주계약의 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제4관 보험료의 납입

제13조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다. 그러나 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결할 경우 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입을 완료하였을 때에는 특약의 보험료를 일시에 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 별도의 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 다음 차회 이후의 보험료는 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 주계약의 보험금 지급사유 등으로 인해 주계약이 소멸된 경우라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나, 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우 특약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 특약보험료를 받은 때부터 이 특약이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제14조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료납입이 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 제1항에 따라 이 특약이 해지되는 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제17조(해지환급금) 제 1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제15조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 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.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항의 규정을 준용합니다.

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제16조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약이 주계약 또는 특약에 의무부가 된 경우, 주계약 또는 특약 해지 시 해지 가능합니다.

제17조【해지환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제18조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1) 보험금 지급기준표

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액 1,000만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금	피보험자가 보험기간 중 "주요 심/뇌혈관계질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때 (입원일수 120일 한도)	1만원 (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
주요 심/뇌혈관계질환 수술급여금	피보험자가 보험기간 중 "주요 심/뇌혈관계질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	50만원 (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)

주)

1. 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 보험료도 납입을 면제합니다.
2. "주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금", "주요 심/뇌혈관계질환 수술급여금"의 경우 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
3. 갱신계약의 경우 지급사유 발생시 감액없이 보험금을 지급합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자

주요 심/뇌혈관계질환 입원급여금 주요 심/뇌혈관계질환 수술급여금 책임준비금 (제5조, 제9조 제3항)	지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제17조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내: 평균공시이율의 50% 1 년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 주계약의 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 적용 시 제8조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표3) 주요 심/뇌혈관계질환 분류표

주요 심/뇌혈관계질환 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "주요 심/뇌혈관계질환"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
2. 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
3. 류마티스무도병	I02
4. 류마티스성 승모판질환	I05
5. 류마티스성 대동맥판질환	I06
6. 류마티스성 삼첨판질환	I07
7. 다발판막질환	I08
8. 기타 류마티스심장질환	I09
9. 협심증	I20
10. 급성 심근경색증	I21
11. 후속 심근경색증	I22
12. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
13. 기타 급성 허혈심장질환	I24
14. 만성 허혈심장병	I25
15. 폐색전증	I26
16. 기타 폐성 심장질환	I27
17. 폐혈관의 기타 질환	I28
18. 급성 심장막염	I30
19. 심장막의 기타 질환	I31
20. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32

21. 급성 및 아급성 심내막염	I33
22. 비류마티스성 승모판장애	I34
23. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
24. 비류마티스성 삼첨판장애	I36
25. 폐동맥판장애	I37
26. 상세불명 판막의 심내막염	I38
27. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
- 칸디다심내막염	B37.6
28. 급성 심근염	I40
29. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
30. 심근병증	I42
31. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
32. 방실차단 및 좌각차단	I44
33. 기타 전도장애	I45
34. 심장정지	I46
35. 발작성 빈맥	I47
36. 심방세동 및 조동	I48
37. 기타 심장부정맥	I49
38. 심부전	I50
39. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
40. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
- 수막알균성 심장병	A39.5
41. 거미막하출혈	I60
42. 뇌내출혈	I61
43. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
44. 뇌경색증	I63
45. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
46. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
47. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
48. 기타 뇌혈관질환	I67
49. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
50. 뇌혈관질환의 후유증	I69

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

Ⅱ. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.