라이나생명
A Chubb Company

무배당
THE 다이나믹통합암진단특약
(해약환급금 미지급형Ⅱ)

약관

목차

시각화된 약관 요약내용 (소비자가 알아두어야 할 유의사항) 4
주요 민원 사항 8
제 1 관 목적 및 용어의 정의 10
제 1 조 【목적】 10
제 2 조 【용어의 정의】 10
제 2 관 보험금의 지급 11
제 3 조 【"암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정】 11
제 4 조 【"통합암"의 정의 및 진단확정】 11
제 5 조 【보험금의 지급사유】 12
제 6 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 13
제 7 조 【보험금 등의 청구】 13
제 8 조 【보험금 등의 지급절차】 13
제 9 조 【보험수익자의 지정】 14
제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 14
제 10 조【계약 전 알릴 의무】 14
제 10 조의 2【계약 전 알릴 의무 위반의 특례 조치】 14
제 11 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 14
제 4 관 보험계약의 성립과 유지 15
제 12 조【특약의 체결 및 소멸】 15
제 13 조【특약의 무효】 15
제 14 조【특약내용의 변경】 16
제 15 조【특약의 보험기간】 16
제 5 관 보험료의 납입 16
제 16 조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 16
제 17 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 16
제 18 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 16
제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등 16
제 19 조【계약자의 임의해지】 16
제 20 조【해약환급금】 16
제 7 관 보험료에 관한 사항 17
제 21 조【보험료에 관한 사항】 17
제 8 관 기타사항 등 17
제 22 조【주계약 약관의 준용】 17
(별표 1) 보험금 지급기준표 17
(별표 2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 19

(별표 3) 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 20
(별표 4) 통합암 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 21

1. 상품명칭 등으로 상품의 특징 이해하기

상품명칭: 무배당 THE 다이나믹통합암진단특약(해약환급금 미지급형Ⅱ)

- **무배당**은 계약자에게 배당을 하지 않는 상품을 말합니다.
- **THE다이나믹**은 개인별 맞춤 보험료를 제공하는 상품을 의미합니다.
- **통합암진단특약**은 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하는 상품입니다.
- **해약환급금 미지급형Ⅱ**은 해지율을 적용한 상품으로 해지율을 적용하지 않는 상품보다 보험료가 낮은 대신 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없습니다.

2. 보험금 지급 유의사항

주의

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

☑ 면책기간

면책기간
보험금 미지급

이 보험에는 **보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)**이 설정된 담보가 있습니다.

담보명	면책기간
간·담낭·담도및췌장암진단보험금	가입 후 **90 일간** 보장 제외
폐및기타호흡기암진단보험금	가입 후 **90 일간** 보장 제외
남녀특정소액암진단보험금	가입 후 **90 일간** 보장 제외
림프종및혈액암진단보험금	가입 후 **90 일간** 보장 제외
3 대고액암진단보험금	가입 후 **90 일간** 보장 제외
식도및위암진단보험금	가입 후 **90 일간** 보장 제외
소장및대장암진단보험금	가입 후 **90 일간** 보장 제외
기타특정암진단보험금	가입 후 **90 일간** 보장 제외

☑ 감액지급

감액지급
50%
(1년이내)

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

담보명	감액 기간 및 비율
간·담낭·담도및췌장암진단보험금	가입 후 **1년이내** 간·담낭·담도및췌장암 최초 진단확정시 **보험금 50%** 지급
폐및기타호흡기암진단보험금	가입 후 **1년이내** 폐및기타호흡기암 최초 진단확정시 **보험금 50%** 지급
남녀특정소액암진단보험금	가입 후 **1년이내** 남녀특정소액암 최초 진단확정시 **보험금 50%** 지급
림프종및혈액암진단보험금	가입 후 **1년이내** 림프종및혈액암 최초 진단확정시 **보험금 50%** 지급
3대고액암진단보험금	가입 후 **1년이내** 3대고액암 최초 진단확정시 **보험금 50%** 지급
식도및위암진단보험금	가입 후 **1년이내** 식도및위암 최초 진단확정시 **보험금 50%** 지급
소장및대장암진단보험금	가입 후 **1년이내** 소장및대장암 최초 진단확정시 **보험금 50%** 지급
기타특정암진단보험금	가입 후 **1년이내** 기타특정암 최초 진단확정시 **보험금 50%** 지급

☑ 보장한도

보장한도
최초
1회한

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

담보명	보장한도
간·담낭·담도및췌장암진단보험금	**최초 1회**에 한하여 보장
폐및기타호흡기암진단보험금	**최초 1회**에 한하여 보장
남녀특정소액암진단보험금	**최초 1회**에 한하여 보장
림프종및혈액암진단보험금	**최초 1회**에 한하여 보장
3대고액암진단보험금	**최초 1회**에 한하여 보장
식도및위암진단보험금	**최초 1회**에 한하여 보장
소장및대장암진단보험금	**최초 1회**에 한하여 보장
기타특정암진단보험금	**최초 1회**에 한하여 보장

☑ 기타 유의사항

- 보험계약일부터 **90일 이내에** 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, **90일이 지난 이후에도** 암 진단일이 보험계약일부터 **1년이내인 경우** 보험금이 삭감됩니다.
- 감액기간에 "통합암"으로 진단확정된 경우에는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.
- **암 및 "통합암"은 원칙적으로 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 조직검사, 미세바늘흡인검사**(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 **혈액검사**에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- **해당 특약은 피보험자가 사망하여 특약이 소멸되는 경우 계약자적립액을 지급하지 않는 특약입니다.**

3. 해약환급금에 관한 사항

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

해약환급금 적거나 없음

해약환급금 0원 (납입기간 중 해지시)

주의

① **해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.**

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

② **"해약환급금 미지급형Ⅱ" 상품은 "기본형" 상품보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 중도 해지될 경우 해약환급금을 전혀 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 중도 해지되는 경우 "기본형" 상품의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급하는 상품입니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 경우라도 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다.**

* 보험료 납입기간: 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료 납입이 연체된 경우에는 보험료 총액의 납입이 완료된 날까지의 기간을 말하며, 보험료를 선납하여 보험료 납입기간이 도달하기 전에 보험료 총액의 납입이 완료된 경우라 하더라도 계약 체결시 약정한 보험료 납입기간을 말합니다.

4. 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.

예금자보호제도에 관한 사항



주의

이 보험은 예금자보호법에 따라 **해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1 인당 "1 억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호**됩니다. 이와 **별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1 인당 "1 억원까지" 보호**됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

통합암 진단보험금의 지급사유 관련 불만

내용	평소 암보험 가입을 원했던 A 고객은 라이나생명 모집인으로부터 암보험 가입 권유를 받고 청약함. 가입 후 2 년이 경과된 시점에서 A 고객은 '유방의 악성신생물(암)'에 해당되는 질병으로 진단확정 되어, 세부보장 중 하나에 해당하는 "남녀특정소액암"의 진단확정에 따른 남녀특정소액암진단보험금을 수령하였음. 그로부터 1 년 후 유방암(C50)에 대한 치료를 진행하던 중 자궁경부 악성신생물(C53)이 새로이 발생하여 보험금을 청구하였으나 회사에서 지급을 거절하여 민원을 제기함
주의	유방암으로 진단 후 "남녀특정소액암"에 대한 세부보장인 남녀특정소액암진단보험금을 수령하였으며, 추가로 진단된 자궁경부의 악성신생물(C53)은 이미 지급받은 "남녀특정소액암"과 동일한 세부보장에 해당하므로 추가 보장이 이루어지지 않습니다. 각 세부보장별 진단보험금은 최초 1 회에 한하여 지급되며(보험금 지급이 이루어진 세부보장은 즉시 소멸됨), 통합암에 대한 2 번째 지급이 이루어지기 위해서는 "남녀특정소액암"에 해당하지 않는 새로운 원발성 암이 발생되어야 하므로 해당 사항에 대한 유의가 필요합니다.

암보험의 면책기간 관련 불만

내용	평소 암보험 가입을 원했던 A고객은 라이나생명 모집인으로부터 가입 권유를 받고 청약함. A 고객은 청약시 암보험의 경우 보장이 안되는 면책기간과 보장이 시작된 시점부터 보험금이 감액지급되는 감액기간에 대하여 설명내용을 읽고 가입절차를 완료함. 가입 후 2 개월이 경과된 시점에서 A 고객은 췌장의 이차성암 진단을 받았고 보험회사에 사고보험금을 청구했으나 보장이 안된다는 설명을 듣고 불만이 생겨 민원을 제기함.
주의	암보험의 경우 보험계약일로부터 일정기간 동안 보장이 안되는 면책기간이 있으며 본 약관에서 암에 대한 보장은 계약일로부터 91 일째부터 시작되므로 이에 대한 약관의 보험금 지급 관련 유의사항을 반드시 확인하시기 바랍니다.

해약환급금 관련 불만

내용	A 고객은 라이나생명 모집인으로부터 낮은 보험료로 가입할 수 있는 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 중도 해지될 경우 해약환급금이 전혀 지급되지 않는 해약환급금 미지급형Ⅱ 상품에 대하여 설명을 받고 상품을 가입함. A 고객은 5 년이 지난 시점에 해지하려고 하였으나, 해약환급금 미지급형Ⅱ 상품이므로 납입기간 중 해지시 해약환급금이 전혀 지급되지 않는다는 안내를 받고 해약환급금 지급을 주장하는 민원을 제기함.
주의	해약환급금 미지급형Ⅱ 특약 가입 시 약정한 납입기간이 끝나기 전 해지할 경우 해약환급금은 전혀 지급되지 않습니다. 또한 납입기간이 경과된 이후 중도해지 시 해약환급금은 "기본형" 상품 대비 50%입니다.(가입 전 반드시 해당 상품의 가입유형 및 보장 내용, 납입기간을 확인하시기 바랍니다.)

사망 시 계약자적립액 미지급 관련 불만

내용	A 고객은 라이나생명 모집인으로부터 사망 시 계약자적립액이 지급되지 않고 소멸하는 보험의 가입을 권유 받고 낮은 보험료로 가입할 수 있는 대신, 사망 시에 계약자적립액 지급이 전혀 없음을 설명 받고 상품을 가입함. A 고객은 보험료 납입이 완료되었음에도 불구하고 사망 시에는 계약자적립액이 지급되지 않는다는 것이 부당하다 주장하는 민원을 제기함.
주의	해당 상품의 특약은 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우 계약자적립액이 지급되지 않는 대신 「"사망률"을 적용하지 않아 계약자적립액이 지급되는 동일한 보장 내용의 상품(이하, "사망률을 적용하지 않는 상품" 이라 합니다)」 대비 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 따라서, 피보험자가 보험기간 중 사망할 경우 "사망률을 적용하지 않는 상품" 대비 사망 시 지급금액이 더 적을 수 있으며, 해지 시 지급되는 해약환급금보다 피보험자 사망 시 지급되는 금액이 더 적을 수 있습니다.

무배당 THE다이나믹통합암진단특약(해약환급금 미지급형Ⅱ) 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 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: 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 보험회사 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. 해약환급금: 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【"암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표3[대상이 되는 악성신생물(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))과 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받았음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】
한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】
- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조【"통합암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "통합암"이라 함은 "간·담낭·담도 및 췌장암", "폐 및 기타 호흡기암", "남녀특정소액암", "림프종 및 혈액암", "3대고액암", "식도 및 위암", "소장 및 대장암", "기타 특정암"에 해당하는 총 8개의 세부보장(이하 "세부보장"이라 합니다)을 말하며, "갑상선암" 및 "기타피부암"은 이 특약에서 정하는 "통합암"에 해당하지 않습니다.

② 제1항의 "간·담낭·담도 및 췌장암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4[통합암 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 "간·담낭·담도 및 췌장암"을 말합니다.

③ 제1항의 "폐 및 기타 호흡기암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4[통합암 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 "폐 및 기타 호흡기암"을 말합니다.

④ 제1항의 "남녀특정소액암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4[통합암 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 "남녀특정소액암"을 말합니다.

⑤ 제1항의 "림프종 및 혈액암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4[통합암 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 "림프종 및 혈액암"을 말합니다.

⑥ 제1항의 "3대고액암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4[통합암 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 "3대고액암"을 말합니다.

⑦ 제1항의 "식도 및 위암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4[통합암 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 "식도

및 위암"을 말합니다.

⑧ 제1항의 "소장 및 대장암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4[통합암 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 "소장 및 대장암"을 말합니다.

⑨ 제1항의 "기타 특정암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4[통합암 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 "기타 특정암"을 말합니다.

⑩ "통합암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "통합암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑪ 제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "통합암"으로 진단 또는 치료를 받았음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】
한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】
- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

【'제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조【보험금의 지급사유】

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 8개의 세부보장으로 구성되어 있으며, 회사는 피보험자에게 보험기간 중 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시)에서 제4항에서 정한 암보장개시일 이후에 다음 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 통합암진단보험금(간·담낭·담도및췌장암진단보험금, 폐및기타호흡기암진단보험금, 남녀특정소액암진단보험금, 림프종및혈액암진단보험금, 3대고액암진단보험금, 식도및위암진단보험금, 소장및대장암진단보험금, 기타특정암진단보험금에 해당하는 총 8개의 통합암에 대한 세부보장 보험금을 말하며, 이하 "통합암진단보험금"이라 합니다)**(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.**

1. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "간·담낭·담도및췌장암"으로 진단확정 되었을 때**
   : 간·담낭·담도및췌장암 진단보험금 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)
2. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "폐및기타호흡기암"으로 진단확정 되었을 때**
   : 폐및기타호흡기암 진단보험금 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)
3. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "남녀특정소액암"으로 진단확정 되었을 때**
   : 남녀특정소액암 진단보험금(단, 최초 1회에 한하여 지급함)
4. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "림프종및혈액암"으로 진단확정 되었을 때**
   : 림프종및혈액암 진단보험금 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)
5. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "3대고액암"으로 진단확정 되었을 때**
   : 3대고액암 진단보험금(단, 최초 1회에 한하여 지급함)
6. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "식도및위암"으로 진단확정 되었을 때**
   : 식도및위암 진단보험금 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)
7. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "소장및대장암"으로 진단확정 되었을 때**
   : 소장및대장암 진단보험금(단, 최초 1회에 한하여 지급함)
8. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "기타특정암"으로 진단확정 되었을 때**

: 기타특정암 진단보험금 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)

제6조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 피보험자가 "암"으로 진단확정 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제8호의 경우 피보험자가 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시)에서 정한 암보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 "통합암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보아 해당 세부보장의 통합암진단보험금을 지급합니다.

③ 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 통합암진단보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제8호의 경우 보험기간 중 암보장개시일 이후 "통합암"으로 최초 진단확정 시 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 진단보험금을 지급하며, 이미 보험금이 지급된 "통합암"과 동일한 사유(이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우)로는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 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.

⑥ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. **청구서(회사양식)**
2. **사고증명서(사망진단서, 암 진단확인서, 검사결과지 등)**
3. **신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)**
4. **기타 보험수익자가 보험금 등의 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.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 계약자는 제1항의 서류 중 보험료 납입면제와 관련된 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

제8조【보험금 등의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 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) 제5항 및 제6항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 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 제도를 말하며, 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금입니다.

제9조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제5조(보험금의 지급사유)의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정 상속인으로 합니다.

【법정상속인】
피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 【계약 전 알릴 의무】
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, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】
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.

제10조의2【계약 전 알릴 의무 위반의 특례 조치】
회사는 계약체결 당시 계약 전 알릴 의무 항목을 수집한 자료로 갈음하여 계약자 및 피보험자에게 직접고지의 기회를 부여하지 않은 항목에 관하여는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)로 인한 계약 해지 및 보장을 제한할 수 없습니다.

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】
① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 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 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때**
3. **계약을 체결한 날부터 3년이 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 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.**

② 회사는 제1항에 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

"반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 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 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

【사례】
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 보험계약을 청약하신 경우에는 음성녹음으로 대신합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 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 또는 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 주계약의 보험금 지급으로 주계약이 소멸하는 경우 또는 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 효력을 갖습니다.**
2. **제5조(보험금의 지급사유)에서 정하는 각각의 세부보장에 해당하는 보험금을 지급한 경우 해당 세부보장은 소멸되어 효력이 없으며, 회사는 소멸되는 세부보장에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다. 세부보장별로 각 1회씩 보험금을 모두 지급하여 제5조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.**
3. **피보험자가 사망하여 보험금의 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우.**

④ 제3항 제3호의 '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.**

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

제13조 【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 특약의 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. **특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.**
2. **피보험자가 계약일부터 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제4조("통합암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "통합암"으로 진단확정된 경우**

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항에서 무효로 된 특약의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제14조 【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 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 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 보험금 또는 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

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

제15조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제5관 보험료의 납입

제16조 【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 제12조(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 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우 특약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 특약보험료를 받은 때부터 이 특약이 정하는 바에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암” 및 제4조(“통합암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “통합암”에 대한 보장개시일 (이하 “암보장개시일”이라 합니다)은 이 특약의 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제17조 【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 【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.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때에 계약자부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항 및 제4항의 규정을 따릅니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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.

제20조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다. 다만, "해약환급금 미지급형Ⅱ" 상품은 보험료 납입기간 중 중도 해지될 경우 해약환급금이 전혀 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 중도 해지되는 경우 해약환급금은 "기본형" 상품의 해약환급금 대비 적습니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형Ⅱ" 상품은 "기본형" 상품보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 중도 해지될 경우 해약환급금을 전혀 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 중도 해지되는 경우 "기본형" 상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 경우라도 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2. "보험료 납입기간"이란 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료 납입이 연체된 경우에는 보험료 총액의 납입이 완료된 날까지의 기간을 말하며, 보험료를 선납하여 보험료 납입기간이 도달하기 전에 보험료 총액의 납입이 완료된 경우라 하더라도 계약 체결시 약정한 보험료 납입기간을 말합니다.
3. "기본형" 상품의 해약환급금은 "보험료 및 해지환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산하며, "기본형" 상품은 본 상품과 동일한 보장 내용의 비교·안내만을 위한 상품으로 실제 판매하지 않습니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 보험료에 관한 사항

제21조 【보험료에 관한 사항】

① 보험료는 보험계약 체결 시점에서 보험료 산출 기초율을 적용하여 피보험자의 성별, 나이, 보험기간, 납입기간, 보험가입금액 등에 따라서 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 의하여 산출된 금액을 말합니다.

② 제1항에 따라 보험료를 계산할 때 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 "상대위험도"가 반영된 위험률을 적용합니다. "상대위험도"는 계약 전 알릴 의무 사항의 "질병이력"에 따라 정해집니다.

③ 제2항에서 정한 "질병이력"은 계약자 및 피보험자의 동의하에 건강보험심사평가원과 한국신용정보원으로부터 수집한 지표를 기준으로 회사가 정한 방법에 따라 정해지며, "질병이력"은 건강보험심사평가원의 경우 정보제공일 직전 5년 이내의 질병 보유이력, 한국신용정보원의 경우 정보제공일 직전 10년 이내의 보험사고 이력 중 일부 정보를 반영합니다.

④ 제2항에서 정한 "질병이력"으로 수집하는 지표는 사업방법서 [별첨1] 계약 전 알릴 의무 사항 질문 3번에서 5번에 해당하는 보험사고 이력(치료일수(입원/통원), 진단코드(주진단/부진단), 진단/수술/입원/퇴원일자) 및 질병 보유이력(진료시작일, 입원/외래여부, 주상병코드, 주상병명, 내원일수, 총투약일수)입니다.

⑤ 회사는 이 특약의 보험료를 산출하기 위해 수집한 피보험자의 "질병이력"을 이 보험계약의 보험료 책정 및 인수심사에 국한하여 수집·사용합니다.

⑥ 회사는 제2항에 따라 상대위험도를 적용할 때에 사망률의 경우 상대위험도를 1로 반영한 사망률을 적용합니다.

⑦ 보험계약 체결 시점에서 산출된 보험료에도 불구하고, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 "질병이력"이 변경되어 위험이 감소된 경우 계약자는 보험계약일로부터 2년이 경과한 날부터 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 인하(리밸런싱)를 신청할 수 있습니다.

제8관 기타사항 등

제22조 【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1) 보험금 지급기준표

보험금 지급기준표

(1) **간·담낭·담도 및 췌장암**

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
간·담낭·담도 및 췌장암 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "간·담낭·담도 및 췌장암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	특약보험가입금액의 100% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 "간·담낭·담도 및 췌장암"으로 진단확정된 경우 상기 금액의 50%를 지급)

(2) **폐 및 기타 호흡기암**

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
폐 및 기타호흡기암 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "폐 및 기타호흡기암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	특약보험가입금액의 100% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 "폐 및 기타호흡기암"으로 진단확정된 경우 상기 금액의 50%를 지급)

(3) **남녀특정소액암**

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
남녀특정소액암 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "남녀특정소액암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	특약보험가입금액의 50% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 "남녀특정소액암"으로 진단확정된 경우 상기 금액의 50%를 지급)

(4) **림프종 및 혈액암**

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
림프종 및 혈액암 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "림프종 및 혈액암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	특약보험가입금액의 100% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 "림프종 및 혈액암"으로 진단확정된 경우 상기 금액의 50%를 지급)

(5) **3대고액암**

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
3대고액암 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "3대고액암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	특약보험가입금액의 100% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 "3대고액암"으로 진단확정된 경우 상기 금액의 50%를 지급)

(6) **식도 및 위암**

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
식도 및 위암 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "식도 및 위암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	특약보험가입금액의 100% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 "식도 및 위암"으로 진단확정된 경우 상기 금액의 50%를 지급)

(7) **소장 및 대장암**

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
소장 및 대장암 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "소장 및 대장암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	특약보험가입금액의 100% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 "소장 및 대장암"으로 진단확정된 경우 상기 금액의 50%를 지급)

(8) **기타 특정암**

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
기타 특정암 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "기타 특정암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	특약보험가입금액의 100% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 "기타 특정암"으로 진단확정된 경우 상기 금액의 50%를 지급)

주) 1. 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 피보험자가 "암"으로 진단확정 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 암보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

3. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 피보험자 사망시 계약자적립액을 지급하지 않는 대신 보험료 중 일정액을 할인하여 보험료를 산정한 상품으로 피보험자 사망시 계약자적립액은 별도 지급되지 않습니다.

4. 이 특약에서 "암" 및 "통합암"은 전암상태(암으로 변하기 이전 상태)와 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))와 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 제외합니다.

5. 보험기간 중 암보장개시일 이후 "통합암"으로 최초 진단확정 시 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 진단보험금을 지급하며, 이미 보험금이 지급된 "통합암"과 그 지급사유가 동일한 경우(이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우)로는 보험금을 지급하지 않습니다.

(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
통합암진단보험금, (간·담낭·담도및췌장암진단보험금, 폐및기타호흡기암진단보험금, 남녀특정소액암진단보험금, 림프종및혈액암진단보험금, 3대고액암진단보험금, 식도및위암진단보험금, 소장및대장암진단보험금, 기타특정암진단보험금) (제5조 제1호에서 제8호)	지급기일의 다음 날부터 30 일이내 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%)
해약환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 이 계약의 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 제8조(보험금 등의 지급절차) 제3항 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.

5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

(별표3) 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "악성신생물(암)"로 분류되는 질병은 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 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	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. 골수형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

㈜ 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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.

(별표4) 통합암 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

통합암 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "통합암"으로 분류되는 질병은 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 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병	분 류 항 목	분류번호
간·담낭·담도 및 췌장암	- 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
	- 담낭의 악성신생물(암)	C23
	- 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C24
	- 췌장의 악성신생물(암)	C25
폐 및 기타 호흡기암	- 기관의 악성신생물(암)	C33
	- 기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C34
	- 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물(암)	C39
남녀특정소액암	- 유방의 악성신생물(암)	C50
	- 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
	- 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
	- 방광의 악성신생물(암)	C67
림프종 및 혈액암	- 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물(암)	C81-C96
	- 진성 적혈구증가증	D45
	- 골수형성이상증후군	D46
	- 만성 골수증식질환	D47.1
	- 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	- 골수섬유증	D47.4
	- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
3대고액암	- 흉선의 악성신생물(암)	C37
	- 심장, 종격 및 흉막의 악성신생물(암)	C38
	- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
	- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41
	- 수막의 악성신생물(암)	C70
	- 뇌의 악성신생물(암)	C71
	- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C72
식도 및 위암	- 식도의 악성신생물(암)	C15
	- 위의 악성신생물(암)	C16
소장 및 대장암	- 소장의 악성신생물(암)	C17
	- 결장의 악성신생물(암)	C18
	- 직장구불결장접합부의 악성신생물(암)	C19
	- 직장의 악성신생물(암)	C20

	- 항문 및 항문관의 악성신생물(암) - 기타 및 부위불명 소화기관의 악성신생물(암)	C21 C26
기타 특정암	- 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암) - 비강 및 중이의 악성신생물(암) - 부비동의 악성신생물(암) - 후두의 악성신생물(암) - 피부의 악성 흑색종 - 중피성 및 연조직의 악성신생물(암) - 신우를 제외한 신장의 악성신생물(암) - 신우의 악성신생물(암) - 요관의 악성신생물(암) - 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성신생물(암) - 눈 및 부속기의 악성신생물(암) - 부신의 악성신생물(암) - 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암) - 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) - 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C00-C14 C30 C31 C32 C43 C45-C49 C64 C65 C66 C68 C69 C74 C75 C76-C80 C97

㈜ 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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

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

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.