무배당 브레인케어 뇌혈관질환 장기요양 5등급보장특약(클래식)(해약환급금미지급형Ⅱ) 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 질병 또는 재해에 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. 재해: 별표 4(재해분류표)에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 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: 금융감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점(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. 기간 및 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

5. 대리청구인 관련 용어

가. 기명 대리청구인: 계약자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제20조(대리청구인의 지정) 제1항 제1호에 따라 기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

나. 무기명 대리청구인: 계약자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제20조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 무기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조【"뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 3(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

③ 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기 공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 다만, 뇌혈관질환의 진단은 상기 검진 및 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, 스크리닝 테스트)는 뇌혈관질환을 최초 진단 확정하기 위한 검사가 아닙니다.

④ 제 2 항 및 제 3 항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받았음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조【"장기요양등급" 및 "뇌혈관질환 장기요양등급"의 정의】

① 이 특약에서 "장기요양등급"이라 함은 "만 65세 이상 노인" 또는 "노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자"로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급, 2등급, 3등급, 4등급, 5등급 또는 인지지원등급으로 판정받은 경우를 말합니다. 노인성 질병이란 치매, 뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 "뇌혈관질환 장기요양등급"이라 함은 보험기간 중 제3조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)에 따른 뇌혈관질환으로 진단 확정되고, 장기요양 보장개시일 이후 제1항에서 정한 "장기요양등급"으로 판정받은 경우를 말합니다.

③ 이 특약에서 "뇌혈관질환 장기요양 5등급"이라 함은 제2항에서 정한 뇌혈관질환 장기요양등급 중 5등급으로 최초 판정받은 경우를 말합니다.

④ 이 특약에서 "뇌혈관질환 장기요양 1~4등급"이라 함은 제2항에서 정한 뇌혈관질환 장기요양등급 중 1등급, 2등급, 3등급 또는 4등급으로 판정 받은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특약에서 "뇌혈관질환 장기요양 1~5등급"이라 함은 제2항에서 정한 뇌혈관질환 장기요양등급 중 1등급, 2등급, 3등급, 4등급 또는 5등급으로 판정 받은 경우를 말합니다.

⑥ 장기요양 보장개시일 이후 장기요양등급 판정을 받은 후 뇌혈관질환으로 진단이 확정된 경우에도, 뇌혈관질환 진단 확정 시점에 "장기요양 5등급" 판정이 유효하다면 "뇌혈관질환 장기요양 5등급"에 해당하는 것으로 봅니다. 다만, "장기요양 5등급" 판정의 유효 여부는 뇌혈관질환 진단 확정 이후 발급된 노인장기요양인정서에 기재된 유효한 등급을 기준으로 판단합니다.

⑦ 장기요양 보장개시일 이후 장기요양등급 판정을 받은 후 뇌혈관질환으로 진단이 확정된 경우에도, 뇌혈관질환 진단 확정 시점에 "장기요양 1등급, 2등급, 3등급 또는 4등급" 판정이 유효하다면 "뇌혈관질환 장기요양 1~4등급"에 해당하는 것으로 봅니다. 다만, "장기요양 1~4등급" 판정의 유효 여부는 뇌혈관질환 진단 확정 이후 발급된 노인장기요양인정서에 기재된 유효한 등급을 기준으로 판단합니다.

⑧ 장기요양 보장개시일 이후 장기요양등급 판정을 받은 후 뇌혈관질환으로 진단이 확정된 경우에도, 뇌혈관질환 진단 확정

시점에 "장기요양 1등급, 2등급, 3등급, 4등급 또는 5등급" 판정이 유효하다면 "뇌혈관질환 장기요양 1~5등급"에 해당하는 것으로 봅니다. 다만, "장기요양 1~5등급" 판정의 유효 여부는 뇌혈관질환 진단 확정 이후 발급된 노인장기요양인정서에 기재된 유효한 등급을 기준으로 판단합니다.

⑨ 제6항 내지 제8항에서 "유효한 등급"이라 함은 노인장기요양인정서에 기재된 인정유효기간 내에 있는 등급을 말하며, 등급의 변경 또는 재판정이 이루어진 경우에는 뇌혈관질환 진단 확정 시점에 유효한 변경 또는 재판정된 등급을 기준으로 합니다.

【뇌혈관질환 장기요양등급 판정 예시】

보험계약일: 2026년 7월 1일

장기요양 보장개시일: 2026년 9월 29일(계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날, 단 재해로 인한 경우 계약일부터)

예시1) 뇌혈관질환 진단일: 2026년 8월 25일
장기요양 5등급 판정일: 2026년 10월 1일
→ 뇌혈관질환 장기요양 5등급 판정에 해당

예시2) 장기요양 5등급 판정일: 2026년 8월 25일
뇌혈관질환 진단일: 2026년 10월 1일
→ 뇌혈관질환 장기요양 5등급 판정에 해당X (단, 재해로 인한 경우 해당)

예시3) 장기요양 5등급 판정일: 2026년 10월 1일
뇌혈관질환 진단일: 2026년 10월 22일
→ 뇌혈관질환 장기요양 5등급 판정에 해당
(단, 뇌혈관질환 진단 시점에 유효한 장기요양 5등급 판정이 존재하는 경우)

【노인장기요양보험법】

고령이나 노인성 질병 등으로 일상생활을 혼자 하기 어려운 노인들에게 신체활동, 가사활동 지원 등의 서비스를 제공하여 노후생활의 안정과 그 가족의 부담을 덜어 주어 국민의 삶의 질을 높여주는 노인장기요양보험제도를 규정한 법

제5조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제4조("장기요양등급" 및 "뇌혈관질환 장기요양등급"의 정의)의 장기요양등급 판정기준(이하 "장기요양등급 판정기준"이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 "장기요양 5등급"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 "장기요양등급 판정기준"이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "장기요양등급 판정기준"의 변경으로 제4조("장기요양등급" 및 "뇌혈관질환 장기요양등급"의 정의)의 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

   예시) 장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급 및 인지지원등급에서 신체장애정도와 정신장애정도로 변경되는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 "장기요양 보장개시일" 이후 "뇌혈관질환 장기요양 5등급"으로 판정받는 경우 "뇌혈관질환

장기요양 5등급 진단금"(별표1("보험금 지급기준표") 참조)을 지급합니다.(단, 최초 1회에 한하여 지급함)

제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 피보험자가 보험료 납입기간 중 장기요양 보장개시일 이후 뇌혈관질환 장기요양 1~4등급으로 판정받는 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 장기요양 보장개시일 이후 뇌혈관질환 장기요양 5등급으로 판정되어 보험금의 지급사유가 발생하였으나, 보험금을 청구하지 않고 피보험자 사망 이후 보험금을 청구한 경우에는 뇌혈관질환 장기요양 5등급 진단금을 지급합니다.

④ 제3항에서 장기요양 보장개시일 이후 장기요양 5등급 판정 후, 해당 장기요양 5등급 판정이 유효한 상태에서 뇌혈관질환의 직접적인 원인으로 사망한 사실이 사망한 후에 확인된 경우에는 그 사망일을 뇌혈관질환 장기요양 5등급 판정일로 보아 뇌혈관질환 장기요양 5등급 진단금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 "뇌혈관질환 장기요양 5등급 진단금"과 보험금 지급사유 발생 당시 이 특약의 이미 납입한 보험료 중 큰 금액을 지급합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 계약자와 회사가 제2항의 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.

⑧ 제3항 및 제4항에도 불구하고 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제3항에 따라 사망 당시 계약자적립액이 지급된 후 뇌혈관질환 장기요양 5등급 진단금의 지급사유가 발생한 사실이 확인된 경우에는 해당 보험금에서 이미 지급된 금액을 차감하여 지급합니다.

제8조【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다. 다만, 회사는 보험수익자가 제 4 조("장기요양등급" 및 "뇌혈관질환 장기요양등급"의 정의)에서 정한 뇌혈관질환 장기요양 5 등급인 경우에는 후견인이 보험수익자를 대리하여 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. **청구서(회사양식)**
2. **사고증명서(사망진단서, 장기요양인정서, 진료기록부(검사기록지 포함), 진단서(병명 기입) 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 의료기관, 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의)에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 계약자는 제1항의 서류 중 보험료 납입면제와 관련된 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

제9조【보험금 등의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 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 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 등을 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 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는

제8조(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. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에 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 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 제도를 말하며, 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금입니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 【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. **피보험자가 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 "뇌혈관질환 장기요양 5등급 진단금"의 지급사유가 발생한 경우**
3. **피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.**

④ 제 3 항 제 3 호 '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.

⑤ 제3항 제3호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

【계약자적립액】
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제11조【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 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 제14조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 장기요양 보장개시일 전일 이전에 제4조("장기요양등급" 및 "뇌혈관질환 장기요양등급"의 정의) 제1항에서 정한 장기요양등급 중 1등급, 2등급, 3등급, 4등급 또는 5등급으로 판정받은 경우**

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

제12조【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 제18조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 보험금 또는 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 해약환급금 계산시 적용하는 "이미 납입한 보험료"는 다음과 같이 계산합니다.

$$\text{감액 후 적용하는 이미 납입한 보험료} = \text{감액 전 이미 납입한보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

제13조【특약의 보험기간】

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

제4관 보험료의 납입

제14조【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 제10조(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 소멸한 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, 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우 특약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 특약보험료를 받은 때부터 이 특약이 정하는 바에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 제4조("장기요양등급" 및 "뇌혈관질환 장기요양등급"의 정의)에서 정한 "뇌혈관질환 장기요양 5등급"에 대한 보장개시일은(이하 "장기요양 보장개시일"이라 합니다) 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 장기요양 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 보험기간 중 발생한 재해로 인해 "뇌혈관질환 장기요양 5등급"으로 판정받은 경우 제3항에서 정한 보장개시일을 "장기요양 보장개시일"로 합니다.

제15조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 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 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 제18조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조【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) 청약 시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항 및 제4항의 규정을 준용합니다.

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제17조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(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.

제18조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 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 해약환급금 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.

제6관 대리청구인에 관한 사항

제19조【적용대상】

이 계약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제20조【대리청구인의 지정】

① 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후에 다음 중 어느 하나의 방식으로 대리청구인을 지정(이하, "대리청구인"이라 합니다)할 수 있습니다.

1. 제2항에서 정한 대리청구인 지정 가능 범위에 해당하는 자 중에서 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인 지정)을 기명하여 지정할 수 있습니다.
2. 제1호에도 불구하고, 무기명으로 제3항 제3호의 서류에서 확인할 수 있는 대리청구인을 지정할 수 있습니다. 단, 지정된 무기명 대리청구인은 보험금 청구 시점을 기준으로 판단됩니다.

【대리청구인 지정 예시】

· **기명 대리청구인**

- 계약자가 기명하여 지정 : (예시) **"김 OO"**

· **무기명 대리청구인**

- 계약자가 특정인을 기명하지 않고 지명 : (예시) **가족관계등록부 상 배우자**

【무기명 대리청구인 판단 예시】

· 보험 가입 당시 무기명 대리청구인을 **가족관계등록부 상 배우자**(가입 당시 해당 서류상 배우자 A)로 지정한 후에 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 대리청구가 이루어지는 시점에 가족관계등록부 상 배우자가 B 인 경우

→ 해당 시점 대리청구인은 제 3 항 제 3 호로 증명할 수 있는 배우자 B

② 제1항에 따라 지정 가능한 대리청구인은 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다. 또한, 제21조(대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 제23조(대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 따른 보험금 청구 시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족. 단, 제1항 제2호에 따른 무기명 대리청구인 지정은 피보험자의 직계존속 또는 직계비속.

③ 제1항에 따라 대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 대리청구인 지정 신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 등 계약자와의 관계를 증명할 수 있는 서류
4. 개인정보 관련 동의서

④ 제3항에도 불구하고, 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 지정하는 경우에는 제3항 제3호 내지 제4호에 해당하는 서류는 제출하지 않습니다.

⑤ 제1항에도 불구하고, 대리청구인이 지정된 이후에 제19조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제21조【대리청구인의 변경지정】

① 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
4. 개인정보 관련 동의서

② 제1항에도 불구하고, 제20조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 변경 지정하는 경우에는 제1항 제3호 내지 제4호의 서류는 제출하지 않습니다.

제22조【대리청구인에 의한 보험금의 지급절차】

① 대리청구인은 제23조(대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제19조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 해당 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고, 제20조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 지정된 무기명 대리청구인이 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하는 경우에는 해당 보험금은 보험수익자의 계좌로 지급됩니다. 다만, 2인 이상의 무기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 한 명이 보험금을 청구할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 회사가 보험금을 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

④ 제20조(대리청구인의 지정) 제1항에 따라 지정된 대리청구인이 가족관계등록부상 배우자였으나 보험금 청구 시점 당시 가족관계등록부상의 배우자가 아닐 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 상실된 것으로 봅니다.

제23조【대리청구인에 의한 보험금의 청구】

① 대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장기요양인정서, 진료기록부(검사기록지 포함), 진단서(병명 기입) 등)
3. 대리청구인의 신분증
4. 피보험자 및 대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서 등) 및 주민등록등본
5. 기타 대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7관 기타사항 등

제24조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

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

(별표1) 보험금 지급기준표

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 장기요양 5등급 진단금	피보험자가 보험기간 중 "장기요양 보장개시일" 이후 뇌혈관질환 장기요양 5등급으로 판정되었을 때(다만, 최초 1회에 한하여 지급함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우와 피보험자가 보험료 납입기간 중 장기요양 보장개시일 이후 뇌혈관질환 장기요양 1~4등급으로 판정받는 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 장기요양 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인해 "뇌혈관질환 장기요양 5등급"으로 판정받은 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 특약약관 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 "뇌혈관질환 장기요양 5등급 진단금"과 보험금 지급사유 발생 당시 이 특약의 이미 납입한 보험료 중 큰 금액을 지급합니다.

(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환 장기요양 5등급 진단금, 계약자적립액 (제6조, 제10조 제3항)	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 (제 18 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 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 제9조(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.

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) 뇌혈관질환 분류표

뇌혈관질환 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "뇌혈관질환"으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 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. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

(주) 제10차 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.

(별표4) 재해 분류표

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

※ 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 진단확정일 당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.