무배당 새로담는간편성인주요질환수술특약Ⅱ(클래식)(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 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 계약 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【"수술"의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 **신의료기술평가위원회**(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 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.

② 제1항에도 불구하고 별표5("제3형 성인주요질환(백내장 제외) 분류표" 참조)에서 정한 "제3형 성인주요질환(백내장 제외)"에서 "당뇨병(E10~E14, 눈/신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병 포함)", "녹내장" 등 눈 관련 질환 및 별표6("백내장 분류표")에서 정한 "백내장"으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

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

제4조【"제1형 성인주요질환"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "제1형 성인주요질환"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표3("제1형 성인주요질환 분류표" 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1형 성인주요질환의 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.

제5조【"제2형 성인주요질환"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "제2형 성인주요질환"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4("제2형 성인주요질환 분류표" 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제2형 성인주요질환의 진단확정은 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제6조【"제3형 성인주요질환(백내장 제외)"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "제3형 성인주요질환(백내장 제외)"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표5("제3형 성인주요질환(백내장 제외) 분류표" 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제3형 성인주요질환(백내장 제외)의 진단확정은 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제7조【"백내장"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "백내장"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표6("백내장 분류표" 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 백내장의 진단확정은 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제8조【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 제 1 형에서 제 3 형 성인주요질환(백내장 제외)으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1 회당)

: 성인주요질환 수술급여금

2. 피보험자가 보험기간 중 백내장으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (단, 연간 1 회를

한도로 함)

: 백내장 수술급여금

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제8조(보험금의 지급사유)의 성인주요질환 수술급여금의 경우 해당 지급사유 발생시 각각의 수술급여금을 지급합니다. 다만, 피보험자가 각기 다른 상병을 치료할 목적으로 동시 수술을 받은 경우, 각각의 수술급여금에 대하여 동일한 지급사유에 해당하는 수술은 1회의 수술로 보아 수술급여금을 지급합니다.

【보험금 지급 예시】
피보험자가 당뇨병성 망막병증과 녹내장을 동시에 치료할 목적으로 동시 수술을 받은 경우
⇒ 각각의 수술급여금이 성인주요질환 3형에 해당하는 수술로 동일한 지급사유에 해당하는 수술이기에 1회의 수술급여금을 지급합니다.

④ 제8조(보험금의 지급사유)의 백내장 수술급여금의 경우 연간 1회 한도로 지급하며, 이 때 '연간'이란 보험계약일부터 매 1년마다 도래하는 보험계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제8조(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.

제10조 【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. **청구서(회사양식)**
2. **사고증명서(수술증명서, 진단서, 사망진단서 등)**
3. **신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

제11조 【보험금 등의 지급절차】

① 회사는 제10조(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 제10조(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. 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에 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 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 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 효력을 갖습니다.

2. 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 제3항 제2호의 '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 제도

⑤ 제3항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제11조(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.

제13조 【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 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 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.

제14조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가 시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다

제4관 보험료의 납입

제15조 【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.

제16조 【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 의하여 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 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 【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 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항의 규정을 준용합니다.

제5관 계약의 해지 및 해약환급금

제18조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(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.

제19조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다. "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 기타사항 등

제20조 【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]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
성인주요질환 수술급여금	피보험자가 보험기간 중 제1형에서 제3형 성인주요질환(백내장 제외)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (수술1회당)	* 1형: 특약보험가입금액의 15% * 2형: 특약보험가입금액의 10% * 3형(백내장 제외): 특약보험가입금액의 5% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
백내장 수술급여금	피보험자가 보험기간 중 백내장으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (단, 연간 1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 3% (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. 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

3. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

4. 성인주요질환 수술급여금의 경우 해당 지급사유 발생시 각각의 수술급여금을 지급합니다. 다만, 피보험자가 각기 다른 상병을 치료할 목적으로 동시 수술을 받은 경우, 각각의 수술급여금에 대하여 동일한 지급사유에 해당하는 수술은 1회의 수술로 보아 수술급여금을 지급합니다.

5. 백내장 수술급여금의 경우 연간 1회 한도로 지급하며, 이 때 '연간'이란 보험계약일부터 매 1년마다 도래하는 보험계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

6. 제1형 성인주요질환: 한국표준질병사인분류상 급성 류마티스 열(I00~I02), 만성 류마티스 심장 질환(I05~I09), 허혈성 심장 질환(I20~I25), 폐성 심장병 및 폐순환의 질환(I26~I28), 기타 형태의 심장병(I30~I52), 뇌혈관 질환(I60~I69)

7. 제2형 성인주요질환: 한국표준질병사인분류상 갑상선의 장애(E00~E07), 신부전 (N17~N19), 담석증/담낭염(K80~K81)

8. 제3형 성인주요질환(백내장 제외): 한국표준질병사인분류상 당뇨병(E10~E14, 눈/신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병 포함), 만성 하기도 질환(J43~J47, 단, 기관지염(J40~J42)은 제외), 녹내장(H40,H42), 뼈밀도 및 구조 장애(M80~M82,M84), 뼈의 파젯병(M88) 및 기타 비대성 골관절병증(M89.4), 고혈압질환(I10~I13,I15), 배경망막병증 및 망막혈관변화(H35.0), 관절병증(M00~M03,M05~M25), 전신 결합조직 장애(M32~M34), 위궤양/십이지장궤양/상세불명부위의 소화성궤양(K25~K27), 바이러스 간염(B15~B19), 간의 질환(K70~K77), 남성 비뇨생식계통의 질환(N00~N08, N10~N16, N20~N23, N25~N42), 여성 비뇨생식계통의 질환(N60~N64, N70~N77, N80~N94, N99)

9. 제3형 성인주요질환(백내장 제외)에서 정한 "당뇨병(E10~E14, 눈/신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병 포함)", "녹내장" 등 눈 관련 질환 및 "백내장"으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
성인주요질환 수술급여금 백내장 수술급여금, 계약자적립액 (제8조, 제12조 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%)
해약환급금 (제19조 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 제11조(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) 제1형 성인주요질환 분류표

제1형 성인주요질환 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "제 1 형 성인주요질환"은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 심장 침범에 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. 후속심근경색증	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) 제 10 차 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) 제2형 성인주요질환 분류표

제2형 성인주요질환 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "제 2 형 성인주요질환"은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호

1. 선천성 요오드결핍증후군	E00
2. 요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01
3. 무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
4. 기타 갑상선기능저하증	E03
5. 기타 비독성 고이터	E04
6. 갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
- 갑상선이상성 안구돌출	H06.2
7. 갑상선염	E06
8. 갑상선의 기타 장애	E07
9. 급성 신부전	N17
10. 만성 콩팥병	N18
11. 상세불명의 신부전	N19
12. 담석증	K80
13. 담낭염	K81

(주) 제 10 차 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.

(별표5) 제3형 성인주요질환(백내장 제외) 분류표

제3형 성인주요질환(백내장 제외) 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "제 3 형 성인주요질환(백내장 제외)"은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

- 피보험자가 남성인 경우

분 류 항 목	분류번호
1. 1 형 당뇨병	E10
2. 2 형 당뇨병	E11
3. 영양실조-관련 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14
6. 당뇨병성 단일신경병증	G59.0
7. 당뇨병성 다발신경병증	G63.2
8. 당뇨병성 백내장	H28.0
9. 당뇨병성 망막병증	H36.0
10. 폐기종	J43
11. 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
12. 천식	J45
13. 천식지속상태	J46
14. 기관지확장증	J47
15. 녹내장	H40
16. 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
17. 병적 골절을 동반한 골다공증	M80
18. 병적 골절이 없는 골다공증	M81
19. 달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82

20. 골연속성의 장애	M84
21. 뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
22. 기타 비대성 골관절병증	M89.4
23. 본태성(일차성) 고혈압	I10
24. 고혈압성 심장병	I11
25. 고혈압성 신장병	I12
26. 고혈압성 심장 및 신장병	I13
27. 이차성 고혈압	I15
28. 배경망막병증 및 망막혈관변화	H35.0
29. 감염성 관절병증	M00 - M03
30. 염증성 다발관절병증	M05 - M14
- 류마티스폐질환	J99.0
31. 관절증	M15 - M19
32. 기타 관절장애	M20 - M25
33. 전신홍반루푸스	M32
34. 피부다발근염	M33
35. 전신경화증	M34
36. 위궤양	K25
37. 십이지장궤양	K26
38. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
39. 급성 A 형간염	B15
40. 급성 B 형간염	B16
41. 기타 급성 바이러스간염	B17
42. 만성 바이러스간염	B18
43. 상세불명의 바이러스간염	B19
44. 간의 질환	K70 - K77
- 거대세포바이러스간염	B25.1
- 톡소포자충간염	B58.1
45. 사구체질환	N00 - N08
46. 신세뇨관-간질질환	N10 - N16
47. 요로결석증	N20 - N23
48. 신장 및 요관의 기타 장애	N25 - N29
49. 비뇨계통의 기타 질환	N30 - N39
50. 전립선증식증	N40
51. 전립선의 염증성 질환	N41
52. 전립선의 기타 장애	N42

(주) 1. 당뇨병(E10-E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다

2. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- 피보험자가 여성인 경우

분 류 항 목	분류번호
1. 1 형 당뇨병	E10
2. 2 형 당뇨병	E11
3. 영양실조-관련 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14

6. 당뇨병성 단일신경병증	G59.0
7. 당뇨병성 다발신경병증	G63.2
8. 당뇨병성 백내장	H28.0
9. 당뇨병성 망막병증	H36.0
10. 폐기종	J43
11. 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
12. 천식	J45
13. 천식지속상태	J46
14. 기관지확장증	J47
15. 녹내장	H40
16. 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
17. 병적 골절을 동반한 골다공증	M80
18. 병적 골절이 없는 골다공증	M81
19. 달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
20. 골연속성의 장애	M84
21. 뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
22. 기타 비대성 골관절병증	M89.4
23. 본태성(원발성) 고혈압	I10
24. 고혈압성 심장병	I11
25. 고혈압성 신장병	I12
26. 고혈압성 심장 및 신장병	I13
27. 이차성 고혈압	I15
28. 배경망막병증 및 망막혈관변화	H35.0
29. 감염성 관절병증	M00 - M03
30. 염증성 다발관절병증	M05 - M14
- 류마티스폐질환	J99.0
31. 관절증	M15 - M19
32. 기타 관절장애	M20 - M25
33. 전신홍반루푸스	M32
34. 피부다발근염	M33
35. 전신경화증	M34
36. 위궤양	K25
37. 십이지장궤양	K26
38. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
39. 급성 A 형간염	B15
40. 급성 B 형간염	B16
41. 기타 급성 바이러스간염	B17
42. 만성 바이러스간염	B18
43. 상세불명의 바이러스간염	B19
44. 간의 질환	K70 - K77
- 거대세포바이러스간염	B25.1
- 톡소포자충간염	B58.1
45. 당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
46. 유방의 장애	N60 - N64
47. 여성골반내기관의 염증성 질환	N70 - N77
- 여성생식기관의 결핵	A18.17
48. 여성생식관의 비염증성 장애	N80 - N94

49. 비뇨생식계통의 기타 장애	N99

(주) 1. 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다
2. 제 10 차 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.

(별표6) 백내장 분류표

백내장 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "백내장"은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 노년백내장	H25
2. 기타 백내장	H26
3. 수정체의 기타 장애	H27

(주) 제 10 차 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.