[갱신형] 무배당 유방관련 특정질환 수술비 특별약관

목 차

특별약관

1. 질병관련 특별약관 4
1-1. [갱신형] 무배당 유방관련 특정질환 수술비 특별약관 4

특 별 약 관

※ 특별약관은 계약자의 선택에 의하여 가입이 가능하며, 선택한 특별약관의 보험료를 납입한 경우에 한하여 해당 특별약관의 내용을 적용합니다.

1. 질병관련 특별약관

1-1. [갱신형] 무배당 유방관련 특정질환 수술비 특별약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약관계 관련 용어

1. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
5. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

1. 중요한 사항: 계약전 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.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

1. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
2. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특별약관이 부가된 기본계약(이하「기본계약」이라 합니다)의 계약체결시점의 표준이율을 말합니다.

3. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

④ 기간과 날짜 관련 용어

1. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
2. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

1. 보험료: 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

⑥ 특별약관의 갱신 관련 용어

1. 최초계약: 특별약관이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
2. 갱신계약: 특별약관의 보험기간이 끝난 후 제24조(특별약관의 갱신 및 보험기간) 제1항에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
3. 갱신일: 특별약관이 갱신되기 직전 계약(이하「갱신 전 계약」이라 합니다)의 보험기간이 끝난 날의 다음 날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보장의 범위)

이 특별약관은「여성 특정유방질환 수술비」,「여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)」및「여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)」의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「여성 특정유방질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 보장의 보험가입금액을 여성 특정유방질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약	갱신계약
여성 특정유방질환 수술비	이 특별약관 해당 보장의 보험가입금액의 100%	

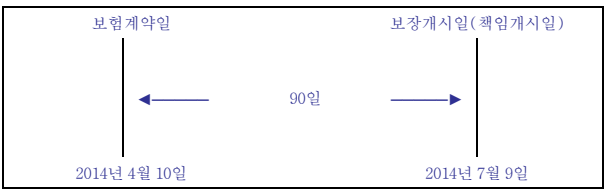
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「여성유방의 암」또는「여성유방의 제자리암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술 또는 유방부분절제수술을 받은 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에

정한 금액을 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 「여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암」 이외의 원인으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술 또는 유방부분절제수술을 받은 때에는 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)를 지급하지 않습니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일) 부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)	이 특별약관 해당 보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 보장 보험가입금액의 100%	이 특별약관 해당 보장 보험가입금액의 100%
여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)	이 특별약관 해당 보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 보장 보험가입금액의 100%	이 특별약관 해당 보장 보험가입금액의 100%

③ 제2항의 경우 「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「여성유방의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



※ 단, 「여성유방의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장은 갱신 전 계약에 의한 보장이 끝나는 때부터 적용합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에서 정한 특별약관의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제23조(보험료의 납입연체로 인한 해지특별약관의 부활(효력회복))에서 정한 특별약관의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제4조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 항암방사선 및 항암약물치료에 대해서는 제4조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)가 지급되지 않습니다.

제6조 (여성 특정유방질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「여성 특정유방질환」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병([별표1] 여성 특정유방질환 분류표 참조)을 말합니다. 다만, [별표1] 여성 특정유방질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.

1. 유방의 비대(N62)

② 「여성 특정유방질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제7조 (여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「여성유방의 암」이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「여성유방의 제자리암」이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 D05(유방의 제자리암종)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 「여성유방의 암」 및 「여성유방의 제자리암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 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 「여성유방의 암」 및 「여성유방의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조 (유방완전절제수술 및 유방부분절제수술의 정의)

① 이 특별약관에서 「유방완전절제수술」이라 함은 [별표2] 유방완전절제수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「유방부분절제수술」이라 함은 [별표3] 유방부분절제수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

제9조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「여성 특정유방질환」의 치료, 「유방완전절제수술」 또는 「유방부분절제수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「여성 특정유방질환」의 치료, 「유방완전절제수술」 또는 「유방부분절제수술」을 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 제3항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제10조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당 질병 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조 (보험금의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 기본계약 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) [별표1] 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는

사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제12조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제19조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 (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, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조 (알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특별약관을 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 이 특별약관을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관을 해지하였을 때에는 제30조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 특별약관의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제23조(보험료의 납입연체로 인한 해지특별약관의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특별약관의 체결)

① 이 특별약관은 기본계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 기본계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 기본계약의 보장개시일 이후에 이 특별약관을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 기본계약에 부가하여 이 특별약관을 체결할 수 있습니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

④ 회사는 이 특별약관의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특별약관은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

⑤ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특별약관의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제16조 (특별약관의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때

에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우 계약이 유효합니다.

<용어풀이>

「심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)」라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

3. 계약약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 제4조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제7조(여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「여성유방의 암」으로 진단확정 되는 경우 제4조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암) 및 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)의 보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 보장의 보험료를 돌려 드립니다.

제17조 (특별약관 내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 기본계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

<유의사항>

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 이 특별약관의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제30조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 계약자는 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특별약관의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑦ 계약자가 보험수익자를 변경하지 않고 사망한 때에는 계약자 사망시점에 지정되어 있는 보험수익자의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 이후 그 승계인이 보험수익자를 변경할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

⑧ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제18조 (보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제16조(특별약관의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일

현재(계약일) : 2014년 4월 13일

⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6개월 11일 = 26세

제19조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성 특정유방질환 수술비, 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 여성 특정유방질환 수술비, 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암) 및 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)를 각 1회씩 총 3회 지급한 때에는 최종 수술비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 양쪽 유방의 절제술 등의 사유로 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암) 해당보장에 대해 더 이상 보험금 지급사유가 발생할 수 없을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당시점의 세부보장별 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암) 및 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암) 세부보장은 더 이상 효력이 없습니다.

<책임준비금>

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

④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제4항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제29조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

⑥ 피보험자가 다수인 경우 제1항 내지 제5항은 피보험자별로 각각 적용합니다.

제5관 보험료의 납입 등

제20조 (특별약관의 보장개시일)

① 이 특별약관의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 기본계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 제15조(특별약관의 체결) 제2항에 의하여 기본계약의 보장개시일 이후에 이 특별약관을 청약하는 경우에는 이 특별약관의 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 제7조(여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 「여성유방의 암」 및 「여성유방의 제자리암」 보장에 대한 보장개시일은 제4조(보험금의 지급사유) 제3항을 따릅니다.

제21조 (특별약관의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 보험료 납입기간은 이 특별약관을 부가할 때 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특별약관의 보험료는 이 특별약관의 보험료 납입기간 중에 기본계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 기본계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 기본계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특별약관의 보험료 납입기간이 완료되지 않았을 경우에는 이 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 기본계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

<납입기일>

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제22조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)

① 기본계약의 보험료를 납입하지 않아 기본계약이 해지된 경우에는 이 특별약관도 해지합니다. 다만, 이 특별약관의 보험료 납입이 완료된 이후에 기본계약의 보험료를 납입하지 않아 기본계약이 해지된 경우에는 이 특별약관은 해지되지 않습니다.

② 계약자가 제2회 이후의 이 특별약관의 보험료를 납입기일까지 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 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 특별약관이 해지된다는 내용

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제2항에 따라 특별약관이 해지된 경우에는 제30조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특별약관의 부활(효력회복))

① 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 특별약관이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특별약관의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특별약관의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(특별약관의 체결), 제20조(특별약관의 보장개시일) 및 보통약관「사기에 의한 계약」을 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 특별약관의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
④ 제1항에서 정한 특별약관의 부활(효력회복)이 이루어진 경우, 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제4조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제24조 (특별약관의 갱신 및 보험기간)

① 회사는 다음 각 호의 조건을 충족하고 보험기간이 끝나는 날의 전날까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관은 동일한 보장내용으로, 자동으로 갱신되는 것으로 합니다.
1. 갱신될 이 특별약관의 만기일이 회사가 이 특별약관의 사업방법서에서 정한 기간내 일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이는 회사가 이 특별약관의 사업방법서에서 정한 범위내 일 것
3. 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 이 특별약관의 갱신 전 계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

② 보험기간은 3년으로 하며, 갱신계약의 갱신은 기본계약의 보험기간까지 합니다.
③ 제2항에도 불구하고, 갱신시점에 기본계약의 보험기간 만기일까지의 잔여기간이 3년 미만인 경우 그 잔여기간을 보험기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
④ 제1항에도 불구하고 갱신 전 계약의 보험기간 중 제4조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항에 따라 여성 특정유방질환 수술비, 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)가 지급된 세부보장은 갱신되지 않으며, 「갱신계약」의 보험기간 중 해당 세부보장에 대한 여성 특정유방질환 수술비, 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)는 지급하지 않습니다.

제25조 (자동갱신하는 경우 제도 및 보험료 적용)

① 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 적용하고, 갱신계약의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료(이하 「보험요율 제도 또는 보험료」라 합니다)는 갱신일 현재의 보험요율 제도 또는 보험료를 적용합니다. 단, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관변

경에 따라 약관이 개정된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.

② 제1항의 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날부터 15일전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

제26조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 특별약관의 해제)

① 계약자가 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 이 특별약관의 갱신 전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약을 해제합니다.

② 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 차감할 수 있습니다.

제27조 (갱신일 이후 부활(효력회복)을 청약하는 경우 연체된 보험료의 적용)

제23조(보험료의 납입연체로 인한 해지특별약관의 부활(효력회복)) 제1항에서 정한 연체된 보험료는 갱신일 이전 기간에 납입되지 않은 보험료를 포함하여, 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 보험료를 말합니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제28조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 이 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있으며, 이 경우 제30조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제16조(특별약관의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제30조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조 (중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

<이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급>

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 이 특별약관을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제30조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만,제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조 (해지환급금)

① 이 특별약관에 따른 해지환급금은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 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 보통약관 [별표1]「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제31조 (준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 「보험금을 지급하지 않는 사유」, 「환급금의 중도인출」 및 「만기환급금의 지급」은 제외합니다.

② 보통약관에 단체취급 특별약관이 부가되어 있는 경우에는 이 특별약관에 대하여도 단체취급 특별약관을 따릅니다.

【별표1】 여성 특정유방질환 분류표

약관에 규정하는 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 유방의 양성신생물	D24
2. 양성 유방 형성이상	N60
3. 유방의 염증성 장애	N61
4. 유방의 상세불명의 덩이	N63
5. 유방의 기타장애	N64

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표2】 유방완전절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방완전절제수술에 해당하는 수술 및 처치코드는 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM) 중 다음에 적은 수술 및 처치 코드를 말합니다.

대상 수술명	수술 및 처치코드
유방절제술 (Mastectomy)	**85.4**
1. 한쪽 단순 유방절제술 (Unilateral simple mastectomy)	85.41
2. 양쪽 단순 유방절제술 (Bilateral simple mastectomy)	85.42
3. 한쪽 확대 단순 유방절제술 (Unilateral extended simple mastectomy)	85.43
4. 양쪽 확대 단순 유방절제술 (Bilateral extended simple mastectomy)	85.44
5. 한쪽 근치적 유방절제술 (Unilateral radical mastectomy)	85.45
6. 양쪽 근치적 유방절제술 (Bilateral radical mastectomy)	85.46
7. 한쪽 확대 근치적 유방절제술 (Unilateral extended radical mastectomy)	85.47
8. 양쪽 확대 근치적 유방절제술 (Bilateral extended radical mastectomy)	85.48

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.

【별표3】 유방부분절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방부분절제수술에 해당하는 수술 및 처치코드는 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM) 중 다음에 적은 수술 및 처치 코드를 말합니다.

대상 수술명	수술 및 처치코드
1. 유방 조직의 절제 또는 파괴, 달리 명시되지 않은 (Excision or destruction of breast tissue, not otherwise specified)	85.20
2. 유방 병변의 국소 절제 (Local excision of lesion of breast)	85.21
3. 유방 사분부의 절제 (Resection of quadrant of breast)	85.22
4. 아전 유방절제술 (Subtotal mastectomy)	85.23
5. 이소성 유방 조직의 절제 (Excision of ectopic breast tissue)	85.24
6. 유두의 절제 (Excision of nipple)	85.25
7. 동시에 삽입물이 동반된 한쪽 피부밑 유방절제술 (Unilateral subcutaneous mammectomy with synchronous implant)	85.33
8. 기타 한쪽 피부밑 유방절제술 (Other unilateral subcutaneous mammectomy)	85.34
9. 동시에 삽입물이 동반된 양쪽 피부밑 유방절제술 (Bilateral subcutaneous mammectomy with synchronous implant)	85.35
10. 기타 양쪽 피부밑 유방절제술 (Other bilateral subcutaneous mammectomy)	85.36

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.