



무배당 우체국암케어보험 2406

- 암진단형[1종(20년갱신형), 2종(비갱신형)]
 - 암사망형[1종(20년갱신형), 2종(비갱신형)]
 - 실버형(20년갱신형)
- (P600117, P600118, P400057, P400058, P600119)

튼튼한 인생 파트너,
우체국보험에 가입해 주셔서 감사합니다.
고객 한 분 한 분의 삶이
더욱 풍요롭고 여유로워지도록
고객으로부터 믿음과 사랑받는
기분 좋은 우체국보험이 되겠습니다.

상품 목차

• 주계약

※ 해당상품유형을 선택하여 가입하신 경우에만 적용합니다.

- 무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형)	58
- 무배당 우체국암케어보험 2406 (암사망형)	101
- 무배당 우체국암케어보험 2406 (실버형(20년갱신형))	123

• 특약

※ 해당특약을 가입하신 경우에만 적용합니다.

- 무배당 암사망특약Ⅱ 2406	146
- 무배당 암진단특약Ⅳ 2406	160
- 무배당 소액암진단특약Ⅳ 2406	173
- 무배당 고액암진단특약 2406	187
- 무배당 암진단생활비특약Ⅱ 2406	201
- 무배당 항암방사선약물치료특약Ⅳ 2406	214
- 무배당 후유장해보장특약Ⅳ 2406	230
- 무배당 계속받는암진단특약Ⅲ(20년갱신형) 2406	240
- 무배당 암직접치료통원특약(20년갱신형) 2406	255
- 무배당 암직접치료입원특약(20년갱신형) 2406	271
- 무배당 요양병원암입원특약Ⅳ(20년갱신형) 2406	288
- 무배당 암수술특약(10년갱신형) 2406	305
- 무배당 암(특정암제외)다빈치로봇수술특약(5년갱신형) 2406	321
- 무배당 특정암다빈치로봇수술특약(5년갱신형) 2406	335
- 무배당 급여암MRI촬영검사특약(5년갱신형) 2406	348
- 무배당 급여양전자단층촬영(PET)검사특약(5년갱신형) 2406	365
- 무배당 특정항암호르몬약물허가치료특약(5년갱신형) 2406	377
- 무배당 항암정위적방사선치료특약(5년갱신형) 2406	394
- 무배당 항암양성자방사선치료특약(5년갱신형) 2406	407
- 무배당 항암세기조절방사선치료특약(5년갱신형) 2406	420
- 무배당 표적항암약물허가치료특약Ⅲ(5년갱신형) 2406	433
- 무배당 급여암재활치료특약(5년갱신형) 2406	453
- 무배당 입원간병인사용특약Ⅱ(5년갱신형) 2406	471
- 무배당 입원간병인사용특약Ⅱ(10년갱신형) 2406	484
- 무배당 입원간병인미사용특약Ⅱ(5년갱신형) 2406	497
- 무배당 입원간병인미사용특약Ⅱ(10년갱신형) 2406	510
- 이륜자동차 운전 및 탑승중 재해 부담보 특약 2109	523
- 지정대리청구서비스특약 2109	525
- 장애인전용보험전환특약 2007	527

• 약관 가이드북	36
• 약관 요약서	41

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	58
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	59
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제7조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】	
제8조【보험금 지급사유의 발생통지】	
제9조【보험금의 청구】	
제10조【보험금의 지급절차】	
제11조【보험금 받는 방법의 변경】	
제12조【주소변경통지】	
제13조【보험수익자의 지정】	
제14조【대표자의 지정】	
제3관 계약자의 고지의무 등	64
제15조【고지의무】	
제16조【고지의무 위반의 효과】	
제17조【사기에 의한 계약】	
제4관 보험계약의 성립과 유지	65
제18조【보험계약의 성립】	
제19조【청약의 철회】	
제20조【약관교부 및 설명의무 등】	
제21조【플러스보험기간에 관한 사항】(단, 2종(비갱신형)에 한함)	
제22조【계약의 무효】	
제23조【계약내용의 변경 등】	
제24조【계약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)	
제25조【보험나이 등】	
제26조【계약의 소멸】	

제5관 보험료의 납입	70
제27조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】	
제28조【제2회 이후 보험료의 납입】	
제29조【보험료의 자동대출납입】	
제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】	
제31조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】	
제32조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】	
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	72
제33조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】	
제34조【중대사유로 인한 해지】	
제35조【신공시이율의 적용 및 공시】	
제36조【해약환급금】	
제37조【환급금대출】	
제38조【배당금의 지급】	
제7관 분쟁의 조정 등	73
제39조【분쟁의 조정】	
제40조【관할법원】	
제41조【소멸시효】	
제42조【약관의 해석】	
제43조【체신관서가 제작한 보험안내자료 등의 효력】	
제44조【체신관서의 손해배상책임】	
제45조【개인정보보호】	
제46조【준거법】	
제47조【지급보장】	
[별표1] 보험금 지급기준표	76
[별표2] 재해분류표	77
[별표3] 장해분류표	78
[별표4] 대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	99
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	100

무배당 우체국암케어보험 2406 (암사망형) 주계약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	101
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	102
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	

제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제7조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】	
제8조【보험금 지급사유의 발생통지】	
제9조【보험금의 청구】	
제10조【보험금의 지급절차】	
제11조【보험금 받는 방법의 변경】	
제12조【주소변경통지】	
제13조【보험수익자의 지정】	
제14조【대표자의 지정】	

제3관 계약자의 고지의무 등 108

제15조【고지의무】	
제16조【고지의무 위반의 효과】	
제17조【사기에 의한 계약】	

제4관 보험계약의 성립과 유지 109

제18조【보험계약의 성립】	
제19조【청약의 철회】	
제20조【약관교부 및 설명의무 등】	
제21조【플러스보험기간에 관한 사항】(단, 2종(비갱신형)에 한함)	
제22조【계약의 무효】	
제23조【계약내용의 변경 등】	
제24조【계약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)	
제25조【보험나이 등】	
제26조【계약의 소멸】	

제5관 보험료의 납입 113

제27조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】	
제28조【제2회 이후 보험료의 납입】	
제29조【보험료의 자동대출납입】	
제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】	
제31조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】	
제32조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】	

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 115

제33조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】	
제34조【중대사유로 인한 해지】	
제35조【신공시이율의 적용 및 공시】	
제36조【해약환급금】	
제37조【환급금대출】	
제38조【배당금의 지급】	

제7관 분쟁의 조정 등	117
제39조【분쟁의 조정】	
제40조【관할법원】	
제41조【소멸시효】	
제42조【약관의 해석】	
제43조【체신관서가 제작한 보험안내자료 등의 효력】	
제44조【체신관서의 손해배상책임】	
제45조【개인정보보호】	
제46조【준거법】	
제47조【지급보장】	
[별표1] 보험금 지급기준표	119
[별표2] 재해분류표	120
[별표3] 장해분류표	120
[별표4] 대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	121
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	122

무배당 우체국암케어보험 2406 (실버형(20년갱신형)) 주계약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	123
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	124
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】	
제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】	
제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제9조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】	
제10조【보험금 지급사유의 발생통지】	
제11조【보험금의 청구】	
제12조【보험금의 지급절차】	
제13조【주소변경통지】	
제14조【보험수익자의 지정】	
제15조【대표자의 지정】	
제3관 계약자의 고지의무 등	129
제16조【고지의무】	
제17조【고지의무 위반의 효과】	
제18조【사기에 의한 계약】	

제4관 보험계약의 성립과 유지	130
제19조【보험계약의 성립】	
제20조【청약의 철회】	
제21조【약관교부 및 설명의무 등】	
제22조【계약의 무효】	
제23조【계약내용의 변경 등】	
제24조【계약의 갱신】	
제25조【보험나이 등】	
제26조【계약의 소멸】	
제5관 보험료의 납입	134
제27조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】	
제28조【제2회 이후 보험료의 납입】	
제29조【보험료의 자동대출납입】	
제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】	
제31조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】	
제32조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】	
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	137
제33조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】	
제34조【중대사유로 인한 해지】	
제35조【신공시이율의 적용 및 공시】	
제36조【해약환급금】	
제37조【환급금대출】	
제38조【배당금의 지급】	
제7관 분쟁의 조정 등	138
제39조【분쟁의 조정】	
제40조【관할법원】	
제41조【소멸시효】	
제42조【약관의 해석】	
제43조【체신관서가 제작한 보험안내자료 등의 효력】	
제44조【체신관서의 손해배상책임】	
제45조【개인정보보호】	
제46조【준거법】	
제47조【지급보장】	
[별표1] 보험금 지급기준표	140
[별표2] 재해분류표	141
[별표3] 장해분류표	141
[별표4] 대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	142
[별표5] 제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)	143

[별표6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	143
[별표7] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	145

무배당 암사망특약Ⅱ 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	146
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	147
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제7조【보험금의 청구】	
제8조【보험금의 지급절차】	
제9조【보험금 받는 방법의 변경】	
제10조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	151
제11조【특약의 성립】	
제12조【특약의 무효】	
제13조【특약내용의 변경 등】	
제14조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)	
제15조【특약의 소멸】	
제4관 보험료의 납입	153
제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	154
제19조【계약자의 임의해지】	
제20조【해약환급금】	
제6관 기타사항	155
제21조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	156
[별표2] 재해분류표	157
[별표3] 장애분류표	157
[별표4] 대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	158

[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	159
-----------------------------------	-----

무배당 암진단특약Ⅳ 2406 약관	
제1관 목적 및 용어의 정의	160
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	161
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제7조【보험금의 청구】	
제8조【보험금의 지급절차】	
제9조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	164
제10조【특약의 성립】	
제11조【특약의 무효】	
제12조【특약내용의 변경 등】	
제13조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)	
제14조【특약의 소멸】	
제4관 보험료의 납입	166
제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	167
제18조【계약자의 임의해지】	
제19조【해약환급금】	
제6관 기타사항	168
제20조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	169
[별표2] 재해분류표	170
[별표3] 장애분류표	170
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	171
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	172

제1관 목적 및 용어의 정의	173
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2관 보험금의 지급	174
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】	
제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】	
제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제9조【보험금의 청구】	
제10조【보험금의 지급절차】	
제11조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	178
제12조【특약의 성립】	
제13조【특약내용의 변경 등】	
제14조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)	
제15조【특약의 소멸】	
제4관 보험료의 납입	179
제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	181
제19조【계약자의 임의해지】	
제20조【해약환급금】	
제6관 기타사항	181
제21조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	182
[별표2] 재해분류표	183
[별표3] 장해분류표	183
[별표4] 제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)	184
[별표5] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	185
[별표6] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	186

제1관 목적 및 용어의 정의	187
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	188
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암 및 고액암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제7조【보험금의 청구】	
제8조【보험금의 지급절차】	
제9조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	191
제10조【특약의 성립】	
제11조【특약의 무효】	
제12조【특약내용의 변경 등】	
제13조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)	
제14조【특약의 소멸】	
제4관 보험료의 납입	193
제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	194
제18조【계약자의 임의해지】	
제19조【해약환급금】	
제6관 기타사항	195
제20조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	196
[별표2] 재해분류표	197
[별표3] 장해분류표	197
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	198
[별표5] 고액치료비 관련 악성신 생물 분류표	199
[별표6] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	200

제1관 목적 및 용어의 정의	201
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	202
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제7조【보험금의 청구】	
제8조【보험금의 지급절차】	
제9조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	206
제10조【특약의 성립】	
제11조【특약의 무효】	
제12조【특약내용의 변경 등】	
제13조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)	
제14조【특약의 소멸】	
제4관 보험료의 납입	208
제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	209
제18조【계약자의 임의해지】	
제19조【해약환급금】	
제6관 기타사항	209
제20조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	210
[별표2] 재해분류표	211
[별표3] 장해분류표	211
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	212
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	213

제1관 목적 및 용어의 정의	214
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	215
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】	
제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】	
제8조【항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의】	
제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제10조【보험금의 청구】	
제11조【보험금의 지급절차】	
제12조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	219
제13조【특약의 성립】	
제14조【특약의 무효】	
제15조【특약내용의 변경 등】	
제16조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)	
제17조【특약의 소멸】	
제4관 보험료의 납입	221
제18조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	223
제21조【계약자의 임의해지】	
제22조【해약환급금】	
제6관 기타사항	223
제23조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	224
[별표2] 재해분류표	225
[별표3] 장해분류표	225
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	226
[별표5] 제자리 신 생물 분류표(대장점막내암 제외)	227
[별표6] 행동양식 불명 또는 미상의 신 생물 분류표	228

[별표7] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	229
-----------------------------------	-----

무배당 후유장해보장특약Ⅳ 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	230
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2관 보험금의 지급	231
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제6조【보험금의 청구】	
제7조【보험금의 지급절차】	
제8조【보험금 받는 방법의 변경】	
제9조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	233
제10조【특약의 성립】	
제11조【특약내용의 변경 등】	
제12조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)	
제13조【특약의 소멸】	
제4관 보험료의 납입	235
제14조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제15조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제16조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	236
제17조【계약자의 임의해지】	
제18조【해약환급금】	
제6관 기타사항	236
제19조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	237
[별표2] 재해분류표	238
[별표3] 장해분류표	238
[별표4] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	239

무배당 계속받는암진단특약Ⅲ(20년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	240
------------------------------	------------

제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2조의3【“재진단암 보장개시일”의 정의】	

제2관 보험금의 지급 241

제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 및 첫 번째 암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 정의 및 진단 확정】	
제7조【항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의】	
제8조【수술의 정의와 장소】	
제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제10조【보험금의 청구】	
제11조【보험금의 지급절차】	
제12조【보험수익자의 지정】	

제3관 특약의 성립과 유지 246

제13조【특약의 성립】	
제14조【특약의 무효】	
제15조【특약내용의 변경 등】	
제16조【특약의 갱신】	
제17조【특약의 소멸】	

제4관 보험료의 납입 248

제18조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 250

제21조【계약자의 임의해지】	
제22조【해약환급금】	

제6관 기타사항 250

제23조【주계약 약관 규정의 준용】	
---------------------	--

[별표1] 보험금 지급기준표 251	
[별표2] 재해분류표 252	
[별표3] 장해분류표 252	
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) 253	
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 254	

제1관 목적 및 용어의 정의	255
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	256
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】	
제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】	
제8조【“암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”의 정의】	
제9조【통원의 정의와 장소】	
제10조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제11조【보험금의 청구】	
제12조【보험금의 지급절차】	
제13조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	260
제14조【특약의 성립】	
제15조【특약의 무효】	
제16조【특약내용의 변경 등】	
제17조【특약의 갱신】	
제18조【특약의 소멸】	
제4관 보험료의 납입	262
제19조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제21조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	264
제22조【계약자의 임의해지】	
제23조【해약환급금】	
제6관 기타사항	264
제24조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	265
[별표2] 재해분류표	266
[별표3] 장해분류표	266
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	267

[별표5] 제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)	268
[별표6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	269
[별표7] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	270

무배당 암직접치료입원특약(20년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	271
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	272
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】	
제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】	
제8조【“암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”의 정의】	
제9조【입원의 정의와 장소】	
제10조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제11조【보험금의 청구】	
제12조【보험금의 지급절차】	
제13조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	277
제14조【특약의 성립】	
제15조【특약의 무효】	
제16조【특약내용의 변경 등】	
제17조【특약의 갱신】	
제18조【특약의 소멸】	
제4관 보험료의 납입	279
제19조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제21조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	280
제22조【계약자의 임의해지】	
제23조【해약환급금】	
제6관 기타사항	281
제24조【주계약 약관 규정의 준용】	

[별표1] 보험금 지급기준표	282
[별표2] 재해분류표	283
[별표3] 장해분류표	283
[별표4] 대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	284
[별표5] 제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)	285
[별표6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	286
[별표7] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	287

무배당 요양병원암입원특약IV(20년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	288
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	289
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】	
제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】	
제8조【입원의 정의와 장소】	
제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제10조【보험금의 청구】	
제11조【보험금의 지급절차】	
제12조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	294
제13조【특약의 성립】	
제14조【특약의 무효】	
제15조【특약내용의 변경 등】	
제16조【특약의 갱신】	
제17조【특약의 소멸】	
제4관 보험료의 납입	296
제18조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	297
제21조【계약자의 임의해지】	
제22조【해약환급금】	

제6관 기타사항	298
제23조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	299
[별표2] 재해분류표	300
[별표3] 장해분류표	300
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	301
[별표5] 제자리 신 생물 분류표(대장점막내암 제외)	302
[별표6] 행동양식 불명 또는 미상의 신 생물 분류표	303
[별표7] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	304
무배당 암수술특약(10년갱신형) 2406 약관	
제1관 목적 및 용어의 정의	305
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
 제2관 보험금의 지급	306
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】	
제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】	
제8조【수술의 정의와 장소】	
제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제10조【보험금의 청구】	
제11조【보험금의 지급절차】	
제12조【보험수익자의 지정】	
 제3관 특약의 성립과 유지	311
제13조【특약의 성립】	
제14조【특약의 무효】	
제15조【특약내용의 변경 등】	
제16조【특약의 갱신】	
제17조【특약의 소멸】	
 제4관 보험료의 납입	313
제18조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
 제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	314

제21조【계약자의 임의해지】

제22조【해약환급금】

제6관 기타사항 314

제23조【주계약 약관 규정의 준용】

[별표1] 보험금 지급기준표 315

[별표2] 재해분류표 316

[별표3] 장해분류표 316

[별표4] 대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) 317

[별표5] 제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외) 318

[별표6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 319

[별표7] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 320

무배당 암(특정암제외)다빈치로봇수술특약(5년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 321

제1조【목적】

제2조【용어의 정의】

제2조의2【“암보장개시일”의 정의】

제2관 보험금의 지급 322

제3조【보험금의 지급사유】

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

제5조【암(특정암 제외) 및 특정암의 정의 및 진단 확정】

제6조【다빈치로봇수술의 정의】

제7조【수술의 정의와 장소】

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

제9조【보험금의 청구】

제10조【보험금의 지급절차】

제11조【보험수익자의 지정】

제3관 특약의 성립과 유지 326

제12조【특약의 성립】

제13조【특약의 무효】

제14조【특약내용의 변경 등】

제15조【특약의 갱신】

제16조【특약의 소멸】

제4관 보험료의 납입 328

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 329

제20조【계약자의 임의해지】

제21조【해약환급금】

제6관 기타사항 329

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

[별표1] 보험금 지급기준표 330

[별표2] 재해분류표 331

[별표3] 장해분류표 331

[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암 및 전립선암 제외) 332

[별표5] 특정암 분류표 333

[별표6] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 334

무배당 특정암다빈치로봇수술특약(5년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 335

제1조【목적】

제2조【용어의 정의】

제2조의2【“특정암보장개시일”의 정의】

제2관 보험금의 지급 336

제3조【보험금의 지급사유】

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

제5조【특정암의 정의 및 진단 확정】

제6조【다빈치로봇수술의 정의】

제7조【수술의 정의와 장소】

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

제9조【보험금의 청구】

제10조【보험금의 지급절차】

제11조【보험수익자의 지정】

제3관 특약의 성립과 유지 339

제12조【특약의 성립】

제13조【특약의 무효】

제14조【특약내용의 변경 등】

제15조【특약의 갱신】

제16조【특약의 소멸】

제4관 보험료의 납입 341

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 343

제20조【계약자의 임의해지】

제21조【해약환급금】

제6관 기타사항 343

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

[별표1] 보험금 지급기준표 344

[별표2] 재해분류표 345

[별표3] 장해분류표 345

[별표4] 특정암 분류표 346

[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 347

무배당 급여암MRI촬영검사특약(5년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 348

제1조【목적】

제2조【용어의 정의】

제2조의2【“암보장개시일”의 정의】

제2관 보험금의 지급 349

제3조【보험금의 지급사유】

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】

제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】

제8조【급여 MRI 촬영의 정의】

제9조【법령 등의 개정 등에 따른 특약 내용의 변경】

제10조【보험금을 지급하지 않는 사유】

제11조【보험금의 청구】

제12조【보험금의 지급절차】

제13조【보험수익자의 지정】

제3관 특약의 성립과 유지 354

제14조【특약의 성립】

제15조【특약의 무효】

제16조【특약내용의 변경 등】

제17조【특약의 갱신】

제18조【특약의 소멸】

제4관 보험료의 납입	356
제19조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제21조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	357
제22조【계약자의 임의해지】	
제23조【해약환급금】	
제6관 기타사항	358
제24조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	359
[별표2] 재해분류표	360
[별표3] 장해분류표	360
[별표4] 대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	361
[별표5] 제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)	362
[별표6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	363
[별표7] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	364
무배당 급여양전자단층촬영(PET)검사특약(5년갱신형) 2406 약관	
제1관 목적 및 용어의 정의	365
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2관 보험금의 지급	366
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【급여 양전자단층촬영(PET)의 정의】	
제6조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】	
제7조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제8조【보험금의 청구】	
제9조【보험금의 지급절차】	
제10조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	369
제11조【특약의 성립】	
제12조【특약내용의 변경 등】	
제13조【특약의 갱신】	
제14조【특약의 소멸】	
제4관 보험료의 납입	371

- 제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】
- 제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】
- 제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	372
제18조【계약자의 임의해지】	
제19조【해약환급금】	

제6관 기타사항	372
제20조【주계약 약관 규정의 준용】	

[별표1] 보험금 지급기준표	373
[별표2] 재해분류표	374
[별표3] 장해분류표	374
[별표4] 질병 및 재해분류표	375
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	376

무배당 특정항암호르몬약물허가치료특약(5년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	377
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	

제2관 보험금의 지급	378
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【항암약물치료의 정의】	
제7조【특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의】	
제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제9조【보험금의 청구】	
제10조【보험금의 지급절차】	
제11조【보험수익자의 지정】	

제3관 특약의 성립과 유지	384
제12조【특약의 성립】	
제13조【특약의 무효】	
제14조【특약내용의 변경 등】	
제15조【특약의 갱신】	
제16조【특약의 소멸】	

제4관 보험료의 납입	386
--------------------	------------

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	387
제20조【계약자의 임의해지】	
제21조【해약환급금】	

제6관 기타사항	387
제22조【주계약 약관 규정의 준용】	

[별표1] 보험금 지급기준표	388
[별표2] 재해분류표	389
[별표3] 장해분류표	389
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	390
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	391
[부록1] “특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명	392

무배당 항암정위적방사선치료특약(5년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	394
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	

제2관 보험금의 지급	395
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【항암방사선치료의 정의】	
제7조【항암정위적방사선치료의 정의】	
제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제9조【보험금의 청구】	
제10조【보험금의 지급절차】	
제11조【보험수익자의 지정】	

제3관 특약의 성립과 유지	399
제12조【특약의 성립】	
제13조【특약의 무효】	
제14조【특약내용의 변경 등】	
제15조【특약의 갱신】	
제16조【특약의 소멸】	

제4관 보험료의 납입	401
제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	402
제20조【계약자의 임의해지】	
제21조【해약환급금】	
제6관 기타사항	402
제22조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	403
[별표2] 재해분류표	404
[별표3] 장해분류표	404
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	405
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	406
무배당 항암양성자방사선치료특약(5년갱신형) 2406 약관	
제1관 목적 및 용어의 정의	407
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	408
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【항암방사선치료의 정의】	
제7조【항암양성자방사선치료의 정의】	
제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제9조【보험금의 청구】	
제10조【보험금의 지급절차】	
제11조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	412
제12조【특약의 성립】	
제13조【특약의 무효】	
제14조【특약내용의 변경 등】	
제15조【특약의 갱신】	
제16조【특약의 소멸】	

제4관 보험료의 납입	413
제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	415
제20조【계약자의 임의해지】	
제21조【해약환급금】	
제6관 기타사항	415
제22조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	416
[별표2] 재해분류표	417
[별표3] 장해분류표	417
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	418
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	419
무배당 항암세기조절방사선치료특약(5년갱신형) 2406 약관	
제1관 목적 및 용어의 정의	420
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	421
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【항암방사선치료의 정의】	
제7조【항암세기조절방사선치료의 정의】	
제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제9조【보험금의 청구】	
제10조【보험금의 지급절차】	
제11조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	425
제12조【특약의 성립】	
제13조【특약의 무효】	
제14조【특약내용의 변경 등】	
제15조【특약의 갱신】	
제16조【특약의 소멸】	

제4관 보험료의 납입	426
제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	428
제20조【계약자의 임의해지】	
제21조【해약환급금】	
제6관 기타사항	428
제22조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	429
[별표2] 재해분류표	430
[별표3] 장해분류표	430
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	431
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	432
무배당 표적항암약물허가치료특약Ⅲ(5년갱신형) 2406 약관	
제1관 목적 및 용어의 정의	433
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	434
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【항암약물치료의 정의】	
제7조【표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의】	
제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제9조【보험금의 청구】	
제10조【보험금의 지급절차】	
제11조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	440
제12조【특약의 성립】	
제13조【특약의 무효】	
제14조【특약내용의 변경 등】	
제15조【특약의 갱신】	
제16조【특약의 소멸】	

제4관 보험료의 납입	442
제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	443
제20조【계약자의 임의해지】	
제21조【해약환급금】	
제6관 기타사항	443
제22조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	444
[별표2] 재해분류표	445
[별표3] 장해분류표	445
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	446
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	447
[부록1] “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명	448

무배당 급여암재활치료특약(5년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	453
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2조의2【“암보장개시일”의 정의】	
제2관 보험금의 지급	454
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】	
제6조【급여 암 특정통증완화치료의 정의】	
제7조【급여 암 특정재활치료(기본물리치료)의 정의】	
제8조【급여 암 특정재활치료(단순재활치료)의 정의】	
제9조【급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)의 정의】	
제10조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】	
제11조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제12조【보험금의 청구】	
제13조【보험금의 지급절차】	
제14조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	459
제15조【특약의 성립】	
제16조【특약의 무효】	

제17조【특약내용의 변경 등】	
제18조【특약의 갱신】	
제19조【특약의 소멸】	

제4관 보험료의 납입 461

제20조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제22조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 463

제23조【계약자의 임의해지】	
제24조【해약환급금】	

제6관 기타사항 463

제25조【주계약 약관 규정의 준용】	
---------------------	--

[별표1] 보험금 지급기준표	464
[별표2] 재해분류표	465
[별표3] 장해분류표	465
[별표4] 대상이 되는 악성신 생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)	466
[별표5] 급여 신경차단술 분류표	467
[별표6] 급여 신경파괴술 분류표	467
[별표7] 급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 분류표	468
[별표8] 급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 분류표	468
[별표9] 급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 분류표	469
[별표10] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	470

무배당 입원간병인사용특약Ⅱ(5년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 471

제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	

제2관 보험금의 지급 472

제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【의료기관 및 요양병원의 정의】	
제6조【입원의 정의와 장소】	
제7조【동일 입원 및 동일 입원기간의 정의】	
제8조【간병인의 정의】	
제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제10조【보험금의 청구】	
제11조【보험금의 지급절차】	

제12조【보험수익자의 지정】

제3관 특약의 성립과 유지 476

제13조【특약의 성립】

제14조【특약내용의 변경 등】

제15조【특약의 갱신】

제16조【특약의 소멸】

제4관 보험료의 납입 478

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 479

제20조【계약자의 임의해지】

제21조【해약환급금】

제6관 기타사항 479

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

[별표1] 보험금 지급기준표 480

[별표2] 재해분류표 481

[별표3] 장해분류표 481

[별표4] 질병 및 재해분류표 482

[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 483

무배당 입원간병인사용특약Ⅱ(10년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 484

제1조【목적】

제2조【용어의 정의】

제2관 보험금의 지급 485

제3조【보험금의 지급사유】

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

제5조【의료기관 및 요양병원의 정의】

제6조【입원의 정의와 장소】

제7조【동일 입원 및 동일 입원기간의 정의】

제8조【간병인의 정의】

제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】

제10조【보험금의 청구】

제11조【보험금의 지급절차】

제12조【보험수익자의 지정】

제3관 특약의 성립과 유지	489
제13조【특약의 성립】	
제14조【특약내용의 변경 등】	
제15조【특약의 갱신】	
제16조【특약의 소멸】	
제4관 보험료의 납입	491
제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등	492
제20조【계약자의 임의해지】	
제21조【해약환급금】	
제6관 기타사항	492
제22조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금 지급기준표	493
[별표2] 재해분류표	494
[별표3] 장해분류표	494
[별표4] 질병 및 재해분류표	495
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	496

무배당 입원간병인미사용특약Ⅱ(5년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	497
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2관 보험금의 지급	498
제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【의료기관 및 요양병원의 정의】	
제6조【입원의 정의와 장소】	
제7조【동일 입원 및 동일 입원기간의 정의】	
제8조【간병인의 정의】	
제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제10조【보험금의 청구】	
제11조【보험금의 지급절차】	
제12조【보험수익자의 지정】	
제3관 특약의 성립과 유지	502

제13조【특약의 성립】	
제14조【특약내용의 변경 등】	
제15조【특약의 갱신】	
제16조【특약의 소멸】	

제4관 보험료의 납입 503

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 505

제20조【계약자의 임의해지】	
제21조【해약환급금】	

제6관 기타사항 505

제22조【주계약 약관 규정의 준용】	
---------------------	--

[별표1] 보험금 지급기준표	506
[별표2] 재해분류표	507
[별표3] 장해분류표	507
[별표4] 질병 및 재해분류표	508
[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	509

무배당 입원간병인미사용특약Ⅱ(10년갱신형) 2406 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 510

제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	

제2관 보험금의 지급 511

제3조【보험금의 지급사유】	
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제5조【의료기관 및 요양병원의 정의】	
제6조【입원의 정의와 장소】	
제7조【동일 입원 및 동일 입원기간의 정의】	
제8조【간병인의 정의】	
제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】	
제10조【보험금의 청구】	
제11조【보험금의 지급절차】	
제12조【보험수익자의 지정】	

제3관 특약의 성립과 유지 515

제13조【특약의 성립】	
--------------	--

제14조【특약내용의 변경 등】

제15조【특약의 갱신】

제16조【특약의 소멸】

제4관 보험료의 납입 516

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 517

제20조【계약자의 임의해지】

제21조【해약환급금】

제6관 기타사항 518

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

[별표1] 보험금 지급기준표 519

[별표2] 재해분류표 520

[별표3] 장해분류표 520

[별표4] 질병 및 재해분류표 521

[별표5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 522

이륜자동차 운전 및 탑승중 재해 부담보 특약 2109 약관 523

제1조【특약의 성립 및 소멸】

제2조【특약의 보험기간】

제3조【보험금을 지급하지 않는 사유】

제4조【해지특약의 부활(효력회복)】

제5조【주계약 약관 규정의 준용】

지정대리청구서비스특약 2109 약관

제1관 특약의 성립과 유지 525

제1조【적용대상】

제2조【특약의 체결 및 소멸】

제2관 지정대리청구인의 지정 525

제3조【지정대리청구인의 지정】

제4조【지정대리청구인의 변경 지정】

제3관 보험금의 지급 526

제5조【보험금의 청구】

제6조【보험금의 지급절차】

제4관 기타사항	526
제7조【준용규정】	

장애인전용보험전환특약 2007 약관	527
----------------------------------	------------

- 제1조【특약의 적용범위】
- 제2조【제출서류】
- 제3조【장애인전용보험으로의 전환】
- 제4조【전환 취소】
- 제5조【준용규정】

무배당 우체국암케어보험

약관을 쉽게 이용할 수 있는 우체국보험 약관 가이드북

우체국보험 약관가이드북에서는 약관을 쉽게 이용하는 방법과
보험계약의 주요내용, 유의사항 등을 쉽게 설명해 드립니다.







보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자와 체신관서의 권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

특히, **청약철회, 계약취소, 보험금지급 및 지급제한 사항** 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인** 하셔야 합니다.



한 눈에 보는 약관의 구성

 보험약관 가이드북	약관을 쉽게 이용하는 방법과 계약의 주요내용, 유의사항 등을 알기 쉽게 요약하여 안내
 약관 요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법 을 이용하여 간단하게 요약한 약관
 보험약관 (주계약&특약)	주계약 : 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관 특약 : 주계약에서 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
 용어해설	약관 이해를 돕기 위한 보험용어의 해설을 소비자에게 안내

QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response) 코드란?

스마트폰으로 해당 QR 코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상



청약 철회



보험금 지급절차



■ 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(주계약 암진단형 약관 기준) ■

보험 약관 핵심사항 등과 관련된 해당 조문, 영상자료 등을 안내드리오니, 체신관서로부터 약관을 수령한 후 해당 내용을 반드시 확인 숙지하시기 바랍니다.

① 보험금 지급 및 지급 제한 사항

제3조(보험금의 지급사유)
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

영
상
자
료



② 청약철회

제19조(청약의 철회)

영
상
자
료



③ 계약취소

제20조(약관교부 및 설명의무 등)

영
상
자
료



④ 계약무효

제22조(계약의 무효)

영
상
자
료



⑤ 고지의무 및 위반에 따른 불이익

제15조(고지의무)
제16조(고지의무 위반의 효과)

영
상
자
료



■ 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(주계약 암진단형 약관 기준) —

보험 약관 핵심사항 등과 관련된 해당 조문, 영상자료 등을 안내드리오니, 체신관서로부터 약관을 수령한 후 해당 내용을 반드시 확인 숙지하시기 바랍니다.

⑥ 보험료 연체 및 해지

제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우
납입최고(독촉)와 계약의 해지)

영
상
자
료



⑦ 부활(효력회복)

제31조(보험료의 납입연체로 인한
해지계약의 부활(효력회복))

영
상
자
료



⑧ 해약환급금

제36조(해약환급금)

영
상
자
료



⑨ 환급금대출

제37조(환급금대출)

영
상
자
료



⑩ 보험금 지급절차

제10조(보험금의 지급절차)

영
상
자
료



■ 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 6가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

① 시각화된 '**약관요약서**'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입 시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해할 수 있습니다.

② '**약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기**'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.

③ '**상품목차**'를 활용하시면 본인이 **실제 가입한 특약 약관**을 쉽게 찾을 수 있습니다.
* 주계약에 부가된 특약은 자유롭게 **선택, 가입**(의무특약 제외) 할 수 있고 **가입특약**에 한해 **보장**받을 수 있음

④ 약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설**, **약관본문 Box안에 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.

⑤ 스마트폰으로 **QR코드**를 인식하시면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다.

⑥ 약관조항 등이 **음영·컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

■ 기타 문의사항



기타 문의사항은 **우체국보험 홈페이지(www.epostlife.go.kr)**
또는 **우체국보험 고객센터(1599-0100)**로 문의 가능

우체국 보험

쉽게 이해하는 약관 요약서

이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다. 보다 자세한 사항은 상품 설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.

※ 이 요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을 받을 수 있으므로, 동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.



I. 보험계약의 개요

- **보험상품명**: 무배당 우체국암케어보험
[암진단형(1종(20년갱신형), 2종(비갱신형)),
암사망형(1종(20년갱신형), 2종(비갱신형)),
실버형(20년갱신형)]
- **보험상품의 종목**: 암보험

01 상품의 주요 특징

- 이 상품은 암의 검사, 진단, 입원·수술·치료, 관리까지 종합적으로 보장을 받을 수 있는 암케어보험입니다.
- 재진단암을 계속보장하고 암 관혈·비관혈수술, 암 다빈치로봇수술 및 신규 항암 치료 담보 도입으로 보장력을 강화하였습니다.(특약 가입시)

02 ‘상품명’으로 상품의 특징 이해하기(주계약 기준)

무배당 우체국암케어보험

[암진단형(1종(20년갱신형), 2종(비갱신형)),
암사망형(1종(20년갱신형), 2종(비갱신형)), 실버형(20년갱신형)]

무배당

계약자에게 배당을
하지 않는 상품
입니다.



암케어보험

피보험자의 암으로 인한
진단·입원·수술 등을
보장하는 보장성 상품입니다.

보장성보험

사망, 상해, 질병 등

무배당

지급보장

우체국예금·보험에 관한 법률

금리연동형

보험료 갱신형 · 비갱신형

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01 보험금 지급제한사항



이 보험에는 **면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금 등 보험금 지급제한 조건**이 부가되어 있습니다.

※ 자세한 내용은 본 상품의 약관 및 상품설명서를 참고 바랍니다.

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



구분	담보명	면책기간
주계약 암진단형	암진단보험금	가입 후 90일간 보장 제외
주계약 암사망형	암사망보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암은 제외)
주계약 실버형(20년갱신형)	암진단보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성 종양은 제외)
무배당 암사망특약II	암사망보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암은 제외)
무배당 암진단특약IV	암진단보험금	가입 후 90일간 보장 제외
무배당 고액암진단특약	고액암진단보험금	가입 후 90일간 보장 제외
무배당 암진단생활비특약II	암진단생활자금	가입 후 90일간 보장 제외
무배당 항암방사선 약물치료특약IV	항암방사선· 약물치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성 종양은 제외)

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



구분	담보명	면책기간
무배당 계속받는암진단특약Ⅲ (20년갱신형)	재진단암진단보험금	첫 번째 암*진단 후 2년간 보장 제외 직전 재진단암 진단 후 2년간 보장 제외 * 첫 번째 암은 가입 후 90일간 보장 제외
무배당 암직접치료통원특약 (20년갱신형)	암직접치료통원보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성 종양은 제외)
무배당 암직접치료입원특약 (20년갱신형)	암직접치료입원보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성 종양은 제외)
무배당 요양병원암입원특약 Ⅳ(20년갱신형)	요양병원암입원보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성 종양은 제외)
무배당 암수술특약 (10년갱신형)	암수술보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성 종양은 제외)
무배당 암(특정암제외) 다빈치로봇수술특약 (5년갱신형)	암(특정암제외)다빈치로봇 수술보험금	가입 후 90일간 보장 제외
무배당 특정암다빈치로봇 수술특약(5년갱신형)	특정암다빈치로봇 수술보험금	가입 후 90일간 보장 제외
무배당 급여암MRI촬영검사 특약(5년갱신형)	급여암MRI촬영보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성 종양은 제외)
무배당 특정항암호르몬 약물허가치료특약 (5년갱신형)	특정항암호르몬약물허가 치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외
무배당 항암정위적 방사선치료특약 (5년갱신형)	항암정위적 방사선치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암은 제외)

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



구분	담보명	면책기간
무배당 항암양성자 방사선치료특약 (5년갱신형)	항암양성자 방사선치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암은 제외)
무배당 항암세기조절 방사선치료특약 (5년갱신형)	항암세기조절 방사선치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암은 제외)
무배당 표적항암약물 허가치료특약Ⅲ (5년갱신형)	표적항암약물 허가치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암은 제외)
무배당 급여암재활치료특약 (5년갱신형)	급여암특정통증완화 치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 대장점막내암은 제외)
	급여암특정재활 치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암은 제외)

※ 15세 미만 피보험자에게는 면책기간을 적용하지 않습니다.

민원사례

**A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아
체신관서에 암 진단비를 청구**

**>> 체신관서는 보험가입 후 90일이 경과하지 않아
보험금 지급이 어려움을 안내**

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

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



구분	담보명	감액기간 및 비율
주계약 암진단형	암진단보험금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
주계약 실버형(20년갱신형)	암진단보험금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
무배당 암진단특약Ⅳ	암진단보험금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
무배당 소액암진단특약Ⅳ	소액암진단보험금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
무배당 고액암진단특약	고액암진단보험금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
무배당 암진단생활비특약Ⅱ	암진단생활자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
무배당 암(특정암제외) 다빈치로봇수술특약(5년갱신형)	암(특정암제외)다빈치 로봇수술보험금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
무배당 특정암 다빈치로봇수술특약(5년갱신형)	특정암다빈치 로봇수술보험금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
무배당 급여암 MRI촬영검사특약(5년갱신형)	급여암MRI촬영보험금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
무배당 급여 양전자단층촬영(PET) 검사특약(5년갱신형)	급여양전자단층 촬영(PET)보험금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (재해로 인한 경우 제외)
무배당 특정항암호르몬약물허가 치료특약(5년갱신형)	특정항암호르몬약물 허가치료보험금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
무배당 항암정위적방사선 치료특약(5년갱신형)	항암정위적방사선 치료보험금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
무배당 항암양성자방사선 치료특약(5년갱신형)	항암양성자방사선 치료보험금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
무배당 항암세기조절방사선 치료특약(5년갱신형)	항암세기조절방사선 치료보험금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
무배당 표적항암약물허가 치료특약Ⅲ(5년갱신형)	표적항암약물허가 치료보험금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

- **보장한도** 이 보험에는 ‘보험금의 지급횟수 등의 한도’가 있는 보험금 지급 한도가 설정된 담보가 있습니다.



구분	담보명	보장한도
주계약 암진단형	암진단보험금	최초 1회에 한해 보장
주계약 실버형(20년갱신형)	암진단보험금	암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양 각각 최초 1회에 한해 보장
무배당 암진단특약Ⅳ	암진단보험금	최초 1회에 한해 보장
무배당 소액암진단특약Ⅳ	소액암진단보험금	갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양 각각 최초 1회에 한해 보장
무배당 고액암진단특약	고액암진단보험금	최초 1회에 한해 보장
무배당 암진단생활비특약Ⅱ	암진단생활자금	최초 1회에 한해 보장
무배당 항암방사선 약물치료특약Ⅳ	항암방사선· 약물치료보험금	암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양 각각 최초 1회에 한해 보장
무배당 후유장해보장특약Ⅳ	장해보험금	최초 1회에 한해 보장
무배당 암직접치료입원특약 (20년갱신형)	암직접치료 입원보험금	3일 초과 입원일수에 대해 1회 120일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
무배당 요양병원암입원특약Ⅳ (20년갱신형)	요양병원암 입원보험금	3일 초과 입원일수에 대해 1회 60일 한도로 보장 (동일 질병 입원시 누적 지급일수 365일 한도) (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



구분	담보명	보장한도
무배당 암(특정암제외) 다빈치로봇수술특약 (5년갱신형)	암(특정암제외) 다빈치로봇수술 보험금	최초 1회에 한해 보장
무배당 특정암다빈치로봇 수술특약(5년갱신형)	특정암다빈치로봇 수술보험금	최초 1회에 한해 보장
무배당 급여암MRI촬영검사 특약(5년갱신형)	급여암MRI촬영 보험금	연간 1회에 한해 보장
무배당 급여양전자단층촬영 (PET)검사특약(5년갱신형)	급여양전자단층촬영 (PET)보험금	연간 1회에 한해 보장
무배당 특정항암호르몬약물허가치료 특약(5년갱신형)	특정항암호르몬 약물허가 치료보험금	최초 1회에 한해 보장
무배당 항암정위적방사선 치료특약(5년갱신형)	항암정위적방사선 치료보험금	최초 1회에 한해 보장
무배당 항암양성자방사선 치료특약(5년갱신형)	항암양성자방사선 치료보험금	최초 1회에 한해 보장
무배당 항암세기조절방사선 치료특약(5년갱신형)	항암세기조절방사선 치료보험금	최초 1회에 한해 보장
무배당 표적항암약물허가 치료특약Ⅲ(5년갱신형)	표적항암약물허가 치료보험금	최초 1회에 한해 보장
무배당 급여암재활치료특약 (5년갱신형)	급여암특정통증 완화치료보험금	연간 1회에 한해 보장
	급여암특정 재활치료보험금	"기본물리치료", "단순재활 치료", "전문재활치료 및 기 타의학요법" 각각 1일 1회, 연간 10회에 한해 보장
무배당 입원간병인사용특약Ⅱ (5년갱신형/10년갱신형)	입원간병인사용 보험금 (요양병원제외)	동일 입원기간 180일 한도 중 간병인 사용일에 한해 보장 (간병인 미사용일에 대해서는 보장 제외)
	입원간병인사용 보험금 (요양병원)	동일 입원기간 180일 한도 중 간병인 사용일에 한해 보장 (간병인 미사용일에 대해서는 보장 제외)

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



구분	담보명	보장한도
무배당 입원간병인미사용특약II (5년갱신형/10년갱신형)	입원간병인미사용 보험금 (요양병원제외)	동일 입원기간 180일 한도 중 간병인 미사용일에 한해 보장 (간병인 사용일에 대해서는 보장 제외)
	입원간병인미사용 보험금 (요양병원)	동일 입원기간 180일 한도 중 간병인 미사용일에 한해 보장 (간병인 사용일에 대해서는 보장 제외)

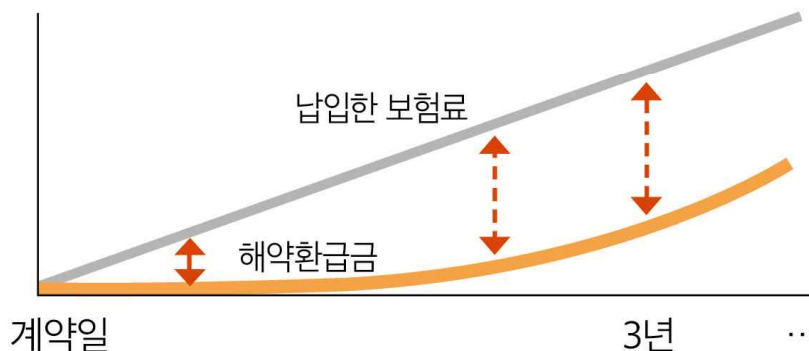
02 해약환급금에 관한 사항(주계약 기준)

- ☑ 보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 체신관서는 해약환급금을 지급합니다.
※ 자세한 내용은 본 상품의 약관 및 상품설명서를 참고 바랍니다.



해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

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



II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

03 갱신 시 보험료 인상 가능성



이 보험에는 갱신 시 보험료가 변동되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.

※ 갱신형 계약을 갱신할때마다 연령의 증가, 위험률 및 적용이율 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

※ 갱신형 계약은 상품명에 “(갱신형)”이라고 명기하고 있습니다.

갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 계약

주계약 암진단형 1종(20년갱신형), 주계약 암사망형 1종(20년갱신형), 주계약 실버형(20년갱신형), (무)암사망특약Ⅱ 1종(20년갱신형), (무)암진단특약Ⅳ 1종(20년갱신형), (무)소액암진단특약Ⅳ 1종(20년갱신형), (무)고액암진단특약 1종(20년갱신형), (무)암진단생활비특약Ⅱ 1종(20년갱신형), (무)항암방사선약물치료특약Ⅳ 1종(20년갱신형), (무)후유장해보장특약Ⅳ 1종(20년갱신형), (무)계속받는암진단특약Ⅲ(20년갱신형), (무)암직접치료통원특약(20년갱신형), (무)암직접치료입원특약(20년갱신형), (무)요양병원암입원특약Ⅳ(20년갱신형), (무)암수술특약(10년갱신형), (무)암(특정암제외)다빈치로봇수술특약(5년갱신형), (무)특정암다빈치로봇수술특약(5년갱신형), (무)급여암MRI촬영검사특약(5년갱신형), (무)급여양전자단층촬영(PET)검사특약(5년갱신형), (무)특정항암호르몬약물허가치료특약(5년갱신형), (무)항암정위적방사선치료특약(5년갱신형), (무)항암양성지방사선치료특약(5년갱신형), (무)항암세기조절방사선치료특약(5년갱신형), (무)표적항암약물허가치료특약Ⅲ(5년갱신형), (무)급여암재활치료특약(5년갱신형), (무)입원간병인사용특약Ⅱ(5년갱신형/10년갱신형), (무)입원간병인미사용특약Ⅱ(5년갱신형/10년갱신형)

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

04 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험



1. 이 보험은 질병 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며 **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
2. 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.
3. 가입한 특약의 경우 주계약과 보험기간이 다를 수 있습니다.

지급보장 제도



이 보험계약은 「우체국예금·보험에 관한 법률」 제4조에 의해 지급이 보장됩니다.

금리연동형 상품



1. 이 보험의 보험료 적립금 산출에 적용되는 이율은 매월 변동됩니다.
2. 동 이율은 납입한 주계약(또는 적립)보험료에서 계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용합니다.
3. 이 보험의 최저보증이율*은 연복리1.0%(10년초과 0.5%)입니다.
*자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 체신관서가 보증하는 적용 이율의 최저한도

III. 보험계약의 일반사항

※ 자세한 내용은 본 상품의 약관 및 상품설명서를 참고 바랍니다.

01 청약을 철회할 수 있는 권리

- ☑ 보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약을 철회**할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



! [청약철회가 불가한 경우]

1. 청약한 날부터 30일(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우
2. 전문보험계약자가 체결한 계약

02 보험계약을 취소할 수 있는 권리

- ☑ 보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 계약을 **취소**할 수 있습니다.

- 보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우
- 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우
- 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



III. 보험계약의 일반사항

민원사례

A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을
보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채
OO질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로
통원치료를 받아 보험금을 청구

>> 체신관서는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이
어려움을 안내

법률 지식

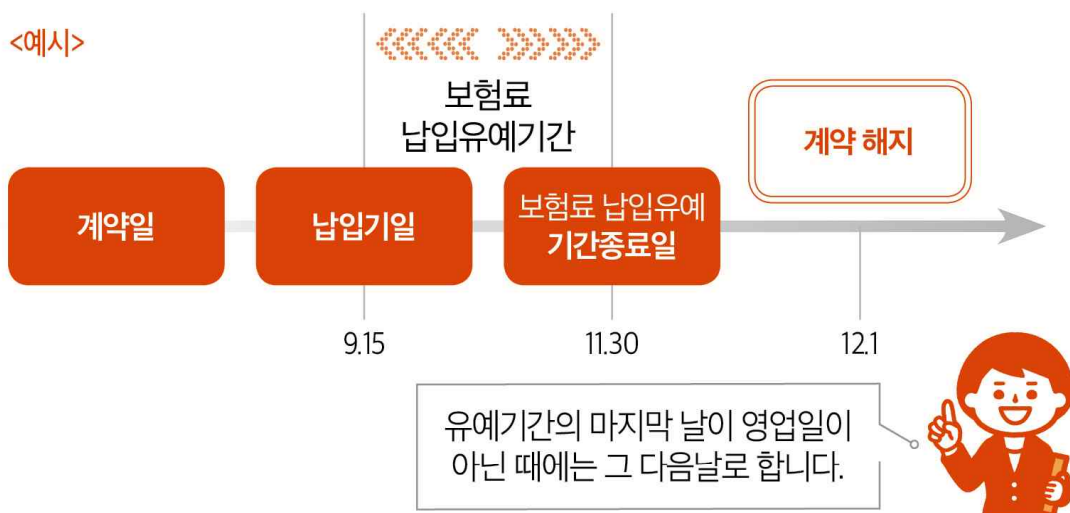
판례 [대법원 2007.6.28. 선고 2006 다 59837 판결]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여
보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음

05 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

- ☑ 보험료 납입이 연체 중인 경우 체신관서는 납입을 독촉하는 안내를 하며,
보험료 납입유예기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

<예시>



III. 보험계약의 일반사항

06 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

- ☑ 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 해지된 날부터 **3년 이내**에 체신관서가 정한 절차에 따라 보험계약의 **부활(효력회복)**을 청약할 수 있습니다.

! 체신관서는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.



07 환급금대출

- ☑ 보험계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위 내에서 환급금대출을 받을 수 있습니다.

1. 상환하지 않은 환급금대출 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.
2. 순수보장성보험 등 보험상품 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수 있습니다.
3. 보험계약자는 대출신청 전에 환급금대출이율을 반드시 확인하시기 바랍니다.

III. 보험계약의 일반사항

<예시>

환급금 내역서				
해약환급금	공제금액			실수령액
	대출원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원



08 보험금 청구절차 및 서류

- ☑ 보험금은 청구서류 접수일부터 3영업일 이내에 지급하는 것이 원칙입니다. (단, 보험금 지급사유와 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)



청구 접수일부터 지급일까지 3일 이내
(조사 등이 필요한 경우 최대 10일)

- ⚠ **소액 보험금 청구시** 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, **보험금 청구 전에** 체신관서에 **제출서류를 확인**하시기 바랍니다.

III. 보험계약의 일반사항

보험금 청구서류						
구분	진단서	입·퇴원 확인서	수술 확인서	통원 확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

주) 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.

IV. 보험용어 해설

■ 보험약관

계약자와 체신관서 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

■ 보험가입증서(보험증권)

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서

■ 보험계약자

체신관서와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

■ 피보험자

보험사고의 대상이 되는 사람

■ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

■ 보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 체신관서에 납입하는 금액

■ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원 및 보험기간 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 체신관서가 보험수익자에게 지급하는 금액

■ 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

■ 보장개시일

체신관서의 보험금 지급의무가 시작되는 날

* 보장에 따라 별도의 보장개시일이 존재할 수 있음

■ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

* 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 책임준비금(적립액) 등이 결정됨

■ 책임준비금

장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 체신관서가 적립해 둔 금액

■ 해약환급금

계약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 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 : 체신관서와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 고지의무와 관련하여 체신관서가 그 사실을 알았다라면 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

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 계약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 플러스적립금 : 보험기간 중 책임준비금과 예정 책임준비금의 차이를 말하며, 책임준비금이 예정 책임준비금보다 큰 경우에만 발생합니다.
- 라. 책임준비금 : 보험기간 중 이 보험의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료(보험료에서 위험보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 매월 1일 체신관서가 정한 신공시이율Ⅳ(이하 “신공시이율”이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
- 마. 예정 책임준비금 : 보험기간 중 장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액과 예정이율 등을 기준으로 이 보험의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.
- 바. 환급금대출이율 : 이 계약의 환급금대출이율은 매월 체신관서가 정하는 이율로 하며 체신관서의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.(플러스보험기간은 포함되지 않습니다)
- 나. 플러스보험기간(2종(비갱신형)에 한함) : 보험기간이 만료되는 시점에 제3호에서 정한 플러스적립

금이 발생하는 경우, 보험기간 만료 후부터 10년동안 자동으로 연장되어 추가적인 보장을 받는 기간을 말합니다.

다. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 계약의 갱신 관련 용어(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

가. 최초계약 : 계약이 제18조【보험계약의 성립】에 따라 최초로 성립된 경우를 말합니다.

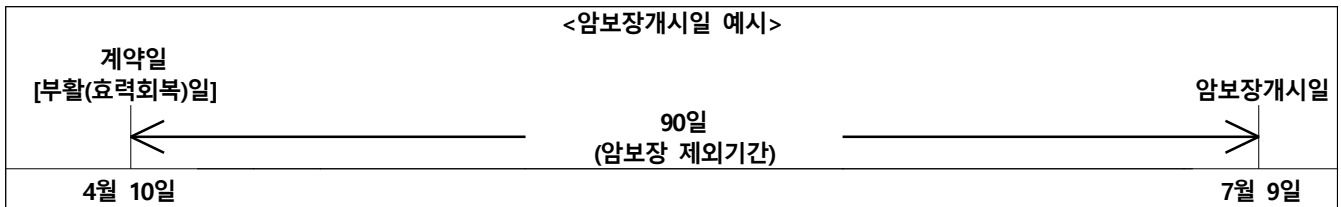
나. 갱신계약 : 계약의 보험기간 만료 후 제24조【계약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.

다. 갱신일 : 계약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2【“암보장개시일”의 정의】

① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신관서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제25조【보험나이 등】에서 정한 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제31조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신관서는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

1. 보험기간 중 암보장개시일 이후에 최초의 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때(단, 최초 1회에 한함) : 암진단보험금

<플러스보험기간이 발생한 경우(2종(비갱신형)에 한함)>

2. 플러스보험기간 중 사망하였을 때 : 플러스사망보험금

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험

- 료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 1종(20년갱신형)의 경우, 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때에는 제2조【용어의 정의】 제3호에서 정한 플러스적립금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 암진단보험금을 지급합니다. 다만, 제26조【계약의 소멸】 제2항에 따라 이 계약의 책임준비금을 지급한 경우에는 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정된 경우에는 암진단보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3조【보험금의 지급사유】 및 제26조【계약의 소멸】의 “사망”에는 보험기간 또는 플러스보험기간에 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 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조【보험금의 지급사유】 제2호 “사망”의 원인 및 “플러스사망보험금” 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 인한 결과 피보험자가 사망에 이르게 된 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.
1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 2. 사망의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 특히 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】 및 제34조【중대사유로 인한 해지】를 따릅니다.
- ⑦ 제3조【보험금의 지급사유】에도 불구하고 플러스보험기간 중 같은 조 제2호의 플러스사망보험금이 보험기간이 만료되는 시점의 플러스적립금보다 적은 경우에는 보험기간이 만료되는 시점의 플러스적립금을 지급하며, 플러스사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 플러스사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
- ⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑨ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑩ 제8항 및 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑪ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑫ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률

만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 이 계약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑯ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

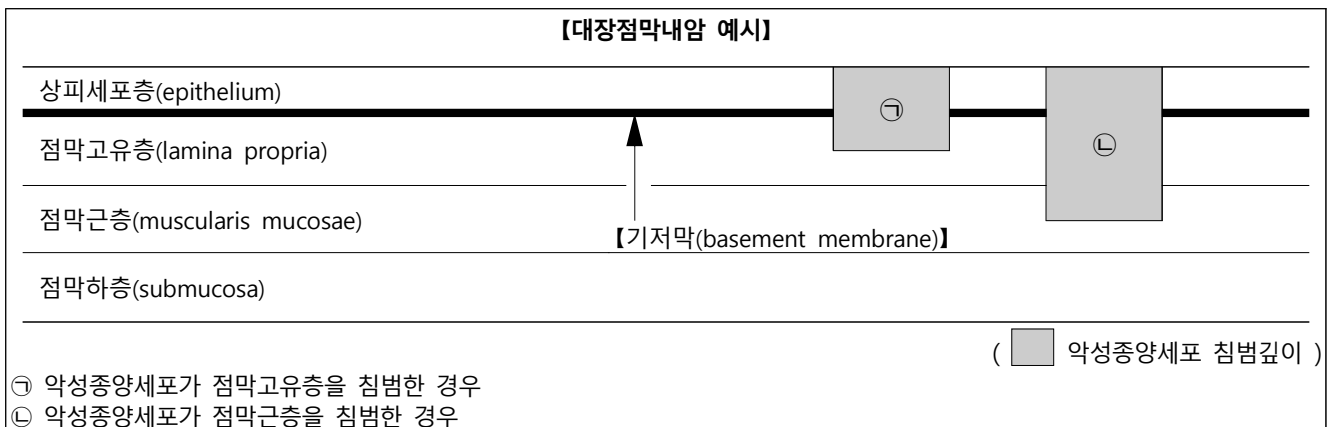
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세포암 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조 **【보험금의 지급사유】**에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조 **【보험금 지급에 관한 세부규정】**에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

특히 그 결과 플러스보험기간 중 사망에 이르게 된 경우에는 제3조 **【보험금의 지급사유】** 제2호의 플러스사망보험금을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 플러스보험기간 중 자살한 경우에는 제3조 **【보험금의 지급사유】** 제2호의 플러스사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

채신판서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 과학기술정보통신부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하거나, 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

제8조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 체신관서는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제2항의 플러스적립금 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제17항 및 제18항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금

지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 체신관서가 정한 바에 따라 제3조【보험금의 지급사유】제2호에 따른 플러스사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 체신관서는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제12조【주소변경통지】

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 체신관서에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 체신관서에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제13조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조【보험금의 지급사유】제1호의 경우는 피보험자로 하고, 같은 조 제2호는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제14조【대표자의 지정】

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 제1항의 대표자가 지정되지 않았거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 3 관 계약자의 고지의무 등

제15조【고지의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “고지의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다.

제16조【고지의무 위반의 효과】

① 체신관서는 계약자 또는 피보험자가 제15조【고지의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중

요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 채신판서가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 채신판서가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 채신판서가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 “모집자 등” 이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 모집자 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

【고지의무 위반 예시】

계약을 청약하면서 모집자 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 고지사항에는 기재하지 않아 채신판서가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다고 하면, 채신판서는 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

- ② 채신판서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 고지의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제36조 【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제15조 【고지의무】의 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 채신판서가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 채신판서는 다른 보험가입내역에 대한 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑥ 제31조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다].

제17조【사기에 의한 계약】

피보험자가 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 채신판서가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제18조【보험계약의 성립】

- ① 계약은 우체국예금보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 계약자의 청약

과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.

② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 체신관서는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 체신관서가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑤ 체신관서가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(1종(20년갱신형)의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지】에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제31조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조【청약의 철회】

① 계약자는 보험가입증서(보험증권)를 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만 65세 이상인 계약은 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 체신관서에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험가입증서(보험증권)를 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 체신관서가 이를 증명하여야 합니다.

제20조【약관교부 및 설명의무 등】

① 체신관서는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

다. 또한, 통신판매계약의 경우, 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 체신관서가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 체신관서는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제21조【플러스보험기간에 관한 사항】(단, 2종(비갱신형)에 한함)

- ① “플러스보험기간”이란 보험기간이 만료되는 시점에 제2조【용어의 정의】제3호에서 정한 플러스적립금이 발생하는 경우, 보험기간 만료 후부터 10년동안 자동으로 연장되어 추가적인 보장을 받는 기간을 말합니다.
- ② 보험기간 만료 후 플러스보험기간으로 전환은 피보험자가 보험가입적격자인지 여부에 관계없이 자동으로 전환됩니다.
- ③ 전환시 플러스보험기간의 보험가입금액(플러스보험금)은 보험기간이 만료되는 시점에 제2조【용어의 정의】제3호에서 정한 플러스적립금을 일시납보험료로 하여 이 보험의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출합니다.
- ④ “플러스보험기간”의 일시납보험료는 전환일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하며, 전환 전 계약 가입 당시의 기초서류(사업방법서, 약관, 산출방법서)와 보험요율을 적용합니다.
- ⑤ 체신관서는 제1항에서 정한 플러스보험기간이 발생하는 경우, 보험기간 만료일 7일 이전에 관련 내용을 계약자에게 알려드립니다.

제22조【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에서 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 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 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 제2조의2 【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단 확정된 경우

제23조【계약내용의 변경 등】

① 계약자는 체신관서의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험기간의 단축(단, 2종(비갱신형)에 한함)
2. 보험료의 납입방법
3. 보험가입금액의 감액
4. 계약자
5. 기타 계약의 내용(단, 상품유형의 변경은 제외)

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

【해설】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 체신관서에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 체신관서는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 체신관서가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 체신관서는 계약자가 제1항 제3호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조 【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 체신관서는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험가입증서(보험증권) 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제24조【계약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

- ① 이 계약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제18조【보험계약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】제1호에서 정한 암진단보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 체신관서는 다음에 해당하는 경우에는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 각 해당 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.
 1. 제6항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 관련 내용
 2. 제7항에 따라 보험요율이 변경되는 경우 그 관련 내용

제25조【보험나이 등】

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조【계약의 무효】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 계약 해당일에 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) : 2016년 4월 13일
 ⇒ 2016년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 27년 6월 11일 = 28세

제26조【계약의 소멸】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 보험기간 또는 플러스보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
 2. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】제1호의 암진단보험금 지급사유가 발생하였을 경우
- ② 제1항 제1호에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제10조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제27조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】

① 체신관서는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 체신관서가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체로 납입하는 경우에는 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체가 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 체신관서가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

체신관서가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 체신관서가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 체신관서는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제15조【고지의무】에 따라 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우

2. 제16조【고지의무 위반의 효과】를 준용하여 체신관서가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

④ 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑤ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 다만, 체신관서는 그 한도액을 초과하여 청약된 부분에 대한 보험료는 돌려 드립니다.

⑥ 제1항, 제2항 및 제4항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.

⑦ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제28조【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 체신관서는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그

금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제29조【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에 따른 유예기간이 지나기 전까지 체신관서가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제37조【환급금대출】제1항에 따른 환급금대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 체신관서는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제36조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ⑤ 체신관서는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내합니다.

제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

- ① 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ② 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 체신관서가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제36조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게

지급합니다.

제31조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 신흥시이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조【고지의무】, 제16조【고지의무 위반의 효과】, 제17조【사기에 의한 계약】, 제18조【보험계약의 성립】및 제27조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)할 때의 보험료를 의미합니다.

③ 제1항에 따라 계약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제15조【고지의무】를 위반한 경우에는 제16조【고지의무 위반의 효과】가 적용됩니다.

제32조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에 지급하고 제23조【계약내용의 변경 등】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 체신관서는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제33조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제36조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제22조【계약의 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 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조【중대사유로 인한 해지】

① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 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.
- ② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제36조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제35조【신공시이율의 적용 및 공시】

- ① 보험기간 중 이 계약의 적립순보험료(보험료에서 위험보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)에 대한 적립이율은 신공시이율(가입후 10년 이내에는 연단위 복리 1.0%, 10년을 초과한 경우에는 연단위 복리 0.5%를 최저보증 합니다)로 하며, 매월 1일부터 당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
- ② 제1항의 신공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 객관적인 외부지표금리(국고채, 회사채 및 통화안정증권 수익률과 양도성예금증서 유통수익률) 및 운용자산이익률에 대한 가중평균방법을 통해 산출된 공시기준이율에 향후 예상수익 등 경영환경을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
- ③ 체신관서는 제1항 및 제2항에서 정한 신공시이율 및 산출방법 등을 매월 체신관서의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제36조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제37조【환급금대출】

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출(이하 “환급금대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 환급금대출금과 환급금대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 체신관서는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 환급금대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 체신관서는 제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 체신관서는 보험수익자에게 환급금대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제38조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제39조【분쟁의 조정】

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 체신관서는 과학기술정보통신부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제40조【관할법원】

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 체신관서와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제41조【소멸시효】

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

보험금 등의 지급사유가 2015년 1월 2일에 발생하였음에도 2018년 1월 2일까지 보험금 등을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제42조【약관의 해석】

- ① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 체신관서는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제43조【체신관서가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

모집자 등이 모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제44조【체신관서의 손해배상책임】

- ① 체신관서는 계약과 관련하여 모집자 등의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 체신관서는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 체신관서가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 체신관서는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제45조【개인정보보호】

- ① 체신관서는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 체신관서는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 채신관서는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조【준거법】

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조【지급보장】

이 계약은 「우체국예금·보험에 관한 법률」 제4조에 의해 지급이 보장됩니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
암진단 보험금	암보장개시일 이후에 최초의 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장 점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	500만원 +플러스적립금
		보험계약일부터 1년이상	1,000만원 +플러스적립금

- 주) 1. 피보험자에게 암진단보험금 지급사유가 발생하였거나 피보험자가 사망하였을 때에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
3. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
4. 1종(20년갱신형)의 경우, 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때에는 플러스적립금을 계약자에게 지급합니다.
5. 플러스적립금은 신공시이율이 변경된 경우에는 증가하거나 감소할 수 있습니다. 또한, 제2조【용어의 정의】 제3호에서 정한 예정 책임준비금이 책임준비금보다 큰 경우에는 발생하지 않습니다.
6. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 경과기간 1년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

※ 플러스보험기간

(제21조【플러스보험기간에 관한 사항】(단, 2종(비갱신형)에 한함)에 따라 플러스보험기간이 적용되는 경우에 한합니다.)

지급구분	지급사유	지급액
플러스 사망보험금	플러스보험기간 중 사망하였을 때	플러스보험금

- 주) 1. 보험기간이 만료되는 시점에 제2조【용어의 정의】 제3호에서 정한 플러스적립금이 발생하지 않은 경우에는 플러스보험기간이 발생하지 않으며, 이 경우 플러스사망보험금은 지급되지 않습니다.
2. 플러스보험금은 “보험기간이 만료되는 시점의 플러스적립금”을 일시납보험료로 하여 이 보험의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

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 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해 여부를 판단합니다.

※ 제9차 개정 이후 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해 여부는 피보험자에게 해당 재해가 발생(진단)한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) ‘장애’라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) ‘영구적’이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) ‘치유된 후’라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

‘신체부위’라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

□ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
 - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동 범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다.

다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

- 8) ‘뚜렷한 시야 장애’ 라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’ 라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’ 라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’ 으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’ 으로 지급률을 가산한다.
- 12) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’ 에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) ‘한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때’ 라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) ‘심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) ‘약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 ‘언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사’ 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) ‘귓바퀴의 대부분이 결손된 때’ 라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) ‘평형기능에 장애를 남긴 때’ 라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) ‘코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때’ 라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) ‘코의 후각기능을 완전히 잃었을 때’ 라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) ‘씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방

으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.

- 7) ‘말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) ‘말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) ‘말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) ‘치아의 결손’이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) ‘외모’란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) ‘추상(추한 모습)장애’라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) ‘추상(추한 모습)을 남긴 때’라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우

를 말한다.

- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

‘손바닥 크기’라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장해판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체 부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아몰어 붙음) 또는 고정된 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정된 상태
- 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아몰어 붙음) 또는 고정된 상태

- 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
- 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 측추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
- 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) ‘추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애’란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) ‘추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애’란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) ‘추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애’란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

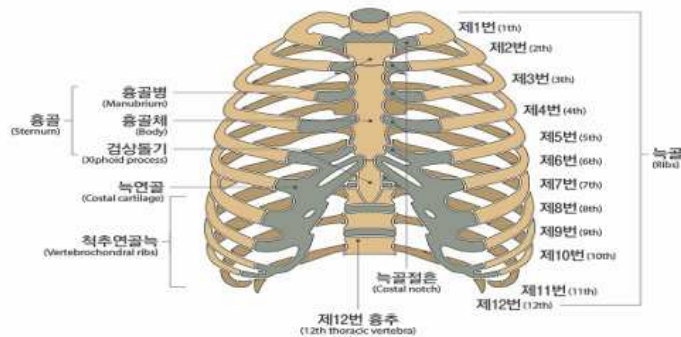
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

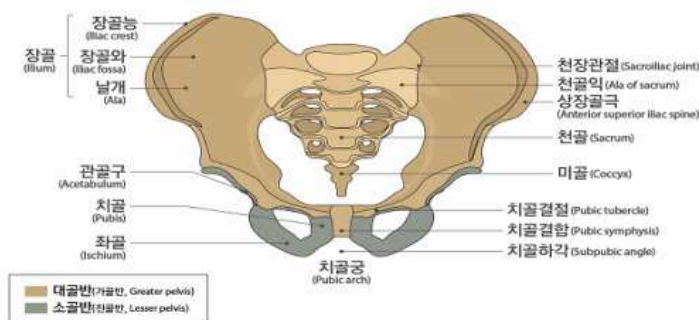
장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) ‘체간골’ 이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) ‘골반뼈의 뚜렷한 기형’ 이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태
 - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) ‘빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때’ 라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말

한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) ‘가관절^㉔이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) ‘가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) ‘뼈에 기형을 남긴 때’ 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물

등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.

- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘다리’라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) ‘다리의 3대 관절’이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) ‘한 다리의 발목 이상을 잃었을 때’라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

- 12) ‘가관절^㉔이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) ‘가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) ‘뼈에 기형을 남긴 때’ 라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리과 발가락)의 후유장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

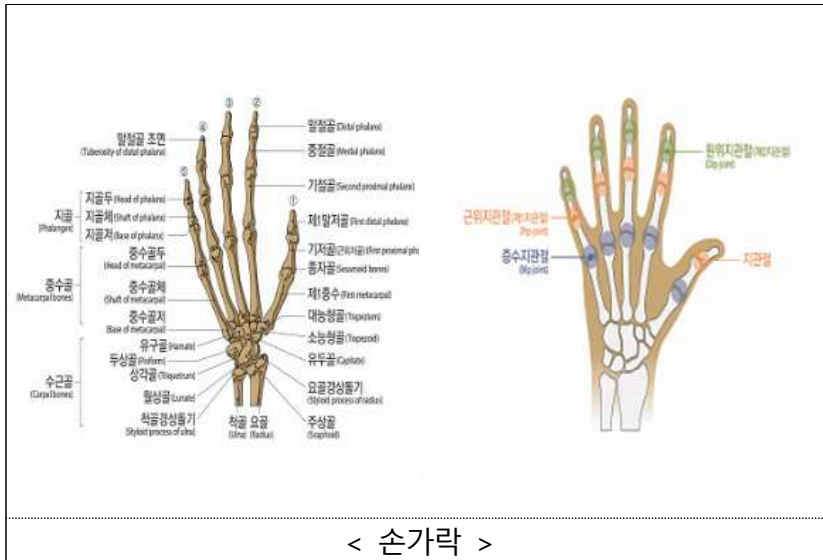
장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’ 라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’ 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지

관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) ‘손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

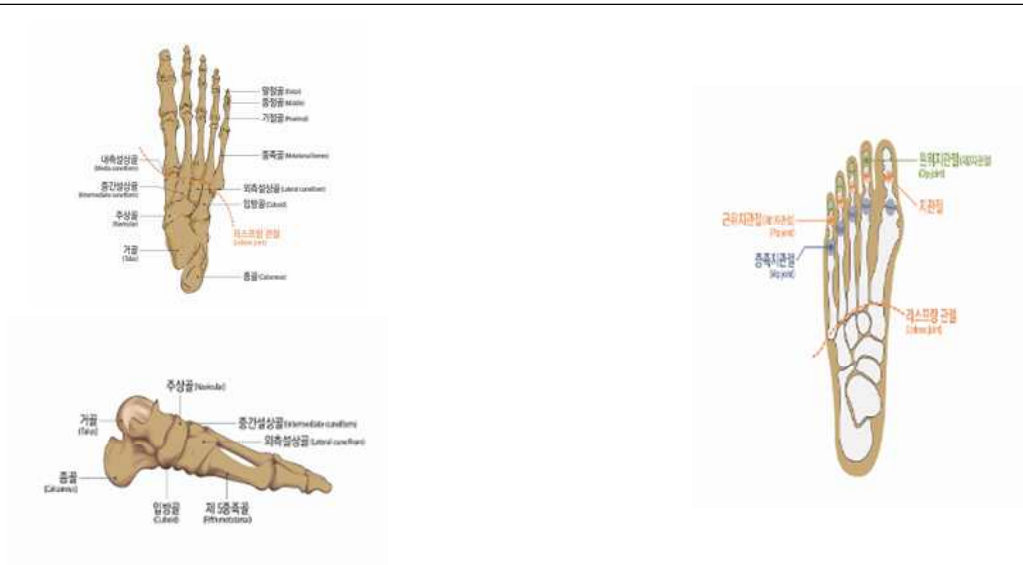
장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때 (발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치

유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.

- 3) ‘발가락을 잃었을 때’ 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) ‘발가락뼈 일부를 잃었을 때’ 라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) ‘발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉.복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) ‘심장 기능을 잃었을 때’ 라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능

장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.

- 7) 상기 항목 및 비노생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 ‘〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR척도 5점	100
8) 심한치매 : CDR척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) ‘정신행동에 극심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) ‘정신행동에 심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) ‘정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
- ※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) ‘정신행동에 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) ‘정신행동에 경미한 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- 가) “치매” 라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)” 이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 간질 발작” 이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작” 이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작” 이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작” 이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작” 이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 · 배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

[별표4]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 - C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 - C72
부신의 악성신생물	C74
기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
12. 골수섬유증	D47.4
13. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이 후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.
4. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물]의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
5. 소화기관의 악성 신생물(C15~C26)의 경우 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제4항에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
암진단보험금, 플러스사망보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
제4조 제2항의 플러스적립금 및 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 신공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제2항의 플러스적립금은 채신관서가 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 이 계약의 신공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제10조【보험금의 지급절차】제3항 각호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 신공시이율은 이 계약의 신공시이율을 말합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 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 : 체신관서와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : [별표3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 고지의무와 관련하여 체신관서가 그 사실을 알았다면 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

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 계약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 플러스적립금 : 보험기간 중 책임준비금과 예정 책임준비금의 차이를 말하며, 책임준비금이 예정 책임준비금보다 큰 경우에만 발생합니다.
- 라. 책임준비금 : 보험기간 중 이 보험의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료(보험료에서 위험보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 매월 1일 체신관서가 정한 신공시이율Ⅳ(이하 “신공시이율”이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
- 마. 예정 책임준비금 : 보험기간 중 장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액과 예정이율 등을 기준으로 이 보험의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.
- 바. 환급금대출이율 : 이 계약의 환급금대출이율은 매월 체신관서가 정하는 이율로 하며 체신관서의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

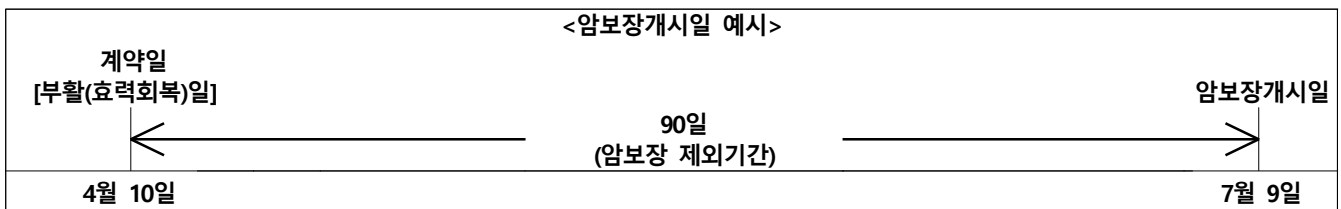
4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.(플러스보험기간은 포함되지 않습니다)

- 나. 플러스보험기간(2종(비갱신형)에 한함) : 보험기간이 만료되는 시점에 제3호에서 정한 플러스적립금이 발생하는 경우, 보험기간 만료 후부터 10년동안 자동으로 연장되어 추가적인 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 다. 영업일 : 체신판서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.
5. 계약의 갱신 관련 용어(단, 1종(20년갱신형)에 한함)
- 가. 최초계약 : 계약이 제18조【보험계약의 성립】에 따라 최초로 성립된 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 계약의 보험기간 만료 후 제24조【계약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 계약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2【“암보장개시일”의 정의】

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신판서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신판서는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

1. 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암으로 사망하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 사망하였을 때 : 암사망보험금

<플러스보험기간이 발생한 경우(2종(비갱신형)에 한함)>

2. 플러스보험기간 중 사망하였을 때 : 플러스사망보험금

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료

도 납입을 면제합니다.

② 1종(20년갱신형)의 경우, 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때에는 제2조【용어의 정의】 제3호에서 정한 플러스적립금을 계약자에게 지급합니다.

③ 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 사망하고, 그 후에 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 암사망보험금을 지급합니다. 다만, 제26조【계약의 소멸】 제2항에 따라 이 계약의 책임준비금을 지급한 경우에는 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다. 그러나 보장개시일(암의 경우 암보장개시일)의 전일 이전에 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단 확정된 경우에는 암사망보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3조【보험금의 지급사유】 및 제26조【계약의 소멸】의 “사망”에는 보험기간 또는 플러스보험기간에 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 이 계약의 보험기간 중 “암보장개시일 이후에 암으로 인하여” 또는 “갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 인하여” 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조【보험금의 지급사유】 제1호 “사망”의 원인 및 “암사망보험금” 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조【보험금의 지급사유】 제2호 “사망”의 원인 및 “플러스사망보험금” 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제5항 및 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 인한 결과 피보험자가 사망에 이르게 된 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. 사망의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 특히 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】 및 제34조【중대사유로 인한 해지】를 따릅니다.

⑧ 제3조【보험금의 지급사유】에도 불구하고 보험기간 중 암사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 암사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 암사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.

⑨ 제3조【보험금의 지급사유】에도 불구하고 플러스보험기간 중 같은 조 제2호의 플러스사망보험금이 보험기간이 만료되는 시점의 플러스적립금보다 적은 경우에는 보험기간이 만료되는 시점의 플러스적립금을 지급하며, 플러스사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 플러스사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.

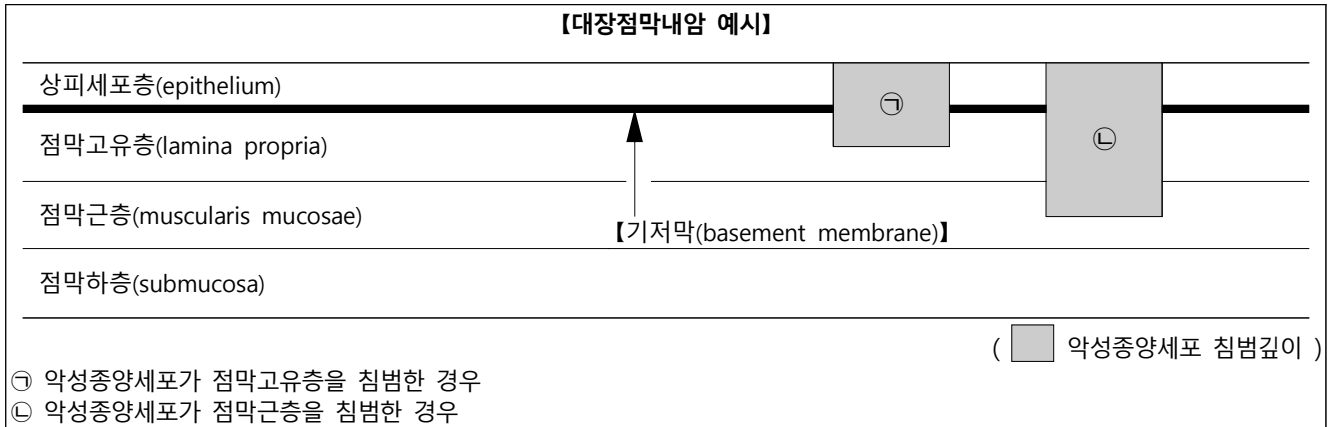
⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.

- ⑫ 제10항 및 제11항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑬ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑭ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑮ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑰ 이 계약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑱ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑲ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.
- ⑳ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

체신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조 【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

특히 그 결과 플러스보험기간 중 사망에 이르게 된 경우에는 제3조 【보험금의 지급사유】제2호의 플러스사망보험금을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 플러스보험기간 중 자살한 경우에는 제3조 【보험금의 지급사유】제2호의 플러스사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

채신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 과학기술정보통신부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하거나, 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

제8조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 채신관서에 알려야 합니다.

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신관서양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조【보험금의 지급절차】

① 채신관서는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 채신관서는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제2항의 플러스적립금 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 채신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 채신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제19항 및 제20항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 체신관서가 정한 바에 따라 제3조【보험금의 지급사유】제1호 및 제2호에 따른 암사망보험금 또는 플러스사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 체신관서는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제12조【주소변경통지】

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 체신관서에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 체신관서에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제13조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제14조【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 제1항의 대표자가 지정되지 않았거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 3 관 계약자의 고지의무 등

제15조【고지의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “고지의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다.

제16조【고지의무 위반의 효과】

① 채신판서는 계약자 또는 피보험자가 제15조【고지의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 채신판서가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 채신판서가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 채신판서가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 “모집자 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 모집자 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

【고지의무 위반 예시】

계약을 청약하면서 모집자 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 고지사항에는 기재하지 않아 채신판서가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다고 하면, 채신판서는 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

② 채신판서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 고지의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제36조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제15조【고지의무】의 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 채신판서가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 채신판서는 다른 보험가입내역에 대한 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제31조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다].

제17조【사기에 의한 계약】

피보험자가 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사여 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제18조【보험계약의 성립】

- ① 계약은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 계약자의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 체신관서는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 체신관서가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑤ 체신관서가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(1종(20년갱신형)의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지】에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제31조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조【청약의 철회】

- ① 계약자는 보험가입증서(보험증권)를 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만 65세 이상인 계약은 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 체신관서에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 계약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험가입증서(보험증권)를 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 체신관서가 이를 증명하여야 합니다.

제20조【약관교부 및 설명의무 등】

① 체신관서는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 체신관서가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 체신관서는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제21조【플러스보험기간에 관한 사항】(단, 2종(비갱신형)에 한함)

① “플러스보험기간”이란 보험기간이 만료되는 시점에 제2조【용어의 정의】제3호에서 정한 플러스적립금이 발생하는 경우, 보험기간 만료 후부터 10년동안 자동으로 연장되어 추가적인 보장을 받는 기간을 말합니다.

② 보험기간 만료 후 플러스보험기간으로 전환은 피보험자가 보험가입적격자인지 여부에 관계없이 자동으로 전환됩니다.

③ 전환시 플러스보험기간의 보험가입금액(플러스보험금)은 보험기간이 만료되는 시점에 제2조【용어의 정의】제3호에서 정한 플러스적립금을 일시납보험료로 하여 이 보험의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출합니다.

- ④ “플러스보험기간”의 일시납보험료는 전환일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하며, 전환 전 계약 가입 당시의 기초서류(사업방법서, 약관, 산출방법서)와 보험요율을 적용합니다.
- ⑤ 체신관서는 제1항에서 정한 플러스보험기간이 발생하는 경우, 보험기간 만료일 7일 이전에 관련 내용을 계약자에게 알려드립니다.

제22조【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에서 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 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 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 제2조의2 【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제1항에서 정한 암으로 진단 확정된 경우

제23조【계약내용의 변경 등】

① 계약자는 체신관서의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험기간의 단축(단, 2종(비갱신형)에 한함)
2. 보험료의 납입방법
3. 보험가입금액의 감액
4. 계약자
5. 기타 계약의 내용(단, 상품유형의 변경은 제외)

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

【해설】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 체신관서에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 체신관서는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 체신관서가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 체신관서는 계약자가 제1항 제3호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 체신관서는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험가입증서(보험증권) 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제24조【계약의 갱신】 (단, 1종(20년갱신형)에 한함)

① 이 계약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 제18조【보험계약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】 제1호에서 정한 암사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑧ 체신관서는 다음에 해당하는 경우에는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 각 해당 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

1. 제6항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 관련 내용
2. 제7항에 따라 보험요율이 변경되는 경우 그 관련 내용

제25조【보험나이 등】

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조【계약의 무효】 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 계약 해당일에 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) : 2016년 4월 13일
⇒ 2016년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 27년 6월 11일 = 28세

제26조【계약의 소멸】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 보험기간 또는 플러스보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
2. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】제1호의 암사망보험금 지급사유가 발생하였을 경우

② 제1항 제1호에서 보험기간 중 제3조【보험금의 지급사유】제1호에서 정한 지급사유 이외의 원인으로 피보험자가 사망하였을 때에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제10조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제27조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】

① 체신관서는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 체신관서가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체로 납입하는 경우에는 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체가 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 체신관서가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

체신관서가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 체신관서가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 체신관서는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제15조【고지의무】에 따라 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
2. 제16조【고지의무 위반의 효과】를 준용하여 체신관서가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

④ 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑤ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 다만, 체신관서는 그 한도액을 초과하여 청약된 부분에 대한 보험료는 돌려 드립니다.

⑥ 제1항, 제2항 및 제4항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및

진단 확정】 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.

⑦ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제28조【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 체신관서는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제29조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에 따른 유예기간이 지나기 전까지 체신관서가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제37조【환급금대출】제1항에 따른 환급금대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 체신관서는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제36조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 체신관서는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내합니다.

제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.

② 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이

해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 체신관서가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이 전까지 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제36조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 실효시이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조【고지의무】, 제16조【고지의무 위반의 효과】, 제17조【사기에 의한 계약】, 제18조【보험계약의 성립】 및 제27조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)할 때의 보험료를 의미합니다.

③ 제1항에 따라 계약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제15조【고지의무】를 위반한 경우에는 제16조【고지의무 위반의 효과】가 적용됩니다.

제32조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에 지급하고 제23조【계약내용의 변경 등】 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 체신관서는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제33조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제36조【해

약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제22조【계약의 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 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조【중대사유로 인한 해지】

① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 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.

② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제36조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제35조【신공시이율의 적용 및 공시】

① 보험기간 중 이 계약의 적립순보험료(보험료에서 위험보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)에 대한 적립이율은 신공시이율(가입후 10년 이내에는 연단위 복리 1.0%, 10년을 초과한 경우에는 연단위 복리 0.5%를 최저보증 합니다)로 하며, 매월 1일부터 당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

② 제1항의 신공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 객관적인 외부지표금리(국고채, 회사채 및 통화안정증권 수익률과 양도성예금증서 유통수익률) 및 운용자산이익률에 대한 가중평균방법을 통해 산출된 공시기준이율에 향후 예상수익 등 경영환경을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

③ 체신관서는 제1항 및 제2항에서 정한 신공시이율 및 산출방법 등을 매월 체신관서의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제36조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제37조【환급금대출】

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출(이하 “환급금대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 환급금대출금과 환급금대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 체신관서는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 환급금대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 체신관서는 제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 체신관서는 보험수익자에게 환급금대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제38조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제39조【분쟁의 조정】

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 체신관서는 과학기술정보통신부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제40조【관할법원】

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 체신관서와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제41조【소멸시효】

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

보험금 등의 지급사유가 2015년 1월 2일에 발생하였음에도 2018년 1월 2일까지 보험금 등을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제42조【약관의 해석】

- ① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 체신관서는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제43조【체신관서가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

모집자 등이 모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제44조【체신관서의 손해배상책임】

- ① 체신관서는 계약과 관련하여 모집자 등의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 체신관서는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 체신관서가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 체신관서는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제45조【개인정보보호】

- ① 체신관서는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 체신관서는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 체신관서는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조【준거법】

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조【지급보장】

이 계약은 「우체국예금보험에 관한 법률」 제4조에 의해 지급이 보장됩니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지급사유	지급액
암사망 보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암으로 사망하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내 암으로 사망하였을 때	1,000만원 +플러스적립금

- 주) 1. 피보험자에게 암사망보험금 지급사유가 발생하였거나 피보험자가 사망하였을 때에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 보험기간 중 피보험자가 암사망보험금의 지급사유 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
3. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
4. 1종(20년갱신형)의 경우, 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때에는 플러스적립금을 계약자에게 지급합니다.
5. 플러스적립금은 신공시이율이 변경된 경우에는 증가하거나 감소할 수 있습니다. 또한, 제2조【용어의 정의】 제3호에서 정한 예정 책임준비금이 책임준비금보다 큰 경우에는 발생하지 않습니다.

※ 플러스보험기간

(제21조【플러스보험기간에 관한 사항】(단, 2종(비갱신형)에 한함)에 따라 플러스보험기간이 적용되는 경우에 한합니다.)

지급구분	지급사유	지급액
플러스 사망보험금	플러스보험기간 중 사망하였을 때	플러스보험금

- 주) 1. 보험기간이 만료되는 시점에 제2조【용어의 정의】 제3호에서 정한 플러스적립금이 발생하지 않은 경우에는 플러스보험기간이 발생하지 않으며, 이 경우 플러스사망보험금은 지급되지 않습니다.
2. 플러스보험금은 “보험기간이 만료되는 시점의 플러스적립금”을 일시납보험료로 하여 이 보험의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
암사망보험금, 플러스사망보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
제4조 제2항의 플러스적립금 및 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 신공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 제2항의 플러스적립금은 체신관서가 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 이 계약의 신공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 체신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제10조 【보험금의 지급절차】 제3항 각호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 신공시이율은 이 계약의 신공시이율을 말합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 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 : 체신관서와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 고지의무와 관련하여 체신관서가 그 사실을 알았다라면 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

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 계약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 플러스적립금 : 보험기간 중 책임준비금과 예정 책임준비금의 차이를 말하며, 책임준비금이 예정 책임준비금보다 큰 경우에만 발생합니다.
- 라. 책임준비금 : 보험기간 중 이 보험의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료(보험료에서 위험보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 매월 1일 체신관서가 정한 신공시이율Ⅳ(이하 “신공시이율”이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
- 마. 예정 책임준비금 : 보험기간 중 장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액과 예정이율 등을 기준으로 이 보험의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.
- 바. 환급금대출이율 : 이 계약의 환급금대출이율은 매월 체신관서가 정하는 이율로 하며 체신관서의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일

에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 계약의 갱신 관련 용어

가. 최초계약 : 계약이 제19조【보험계약의 성립】에 따라 최초로 성립된 경우를 말합니다.

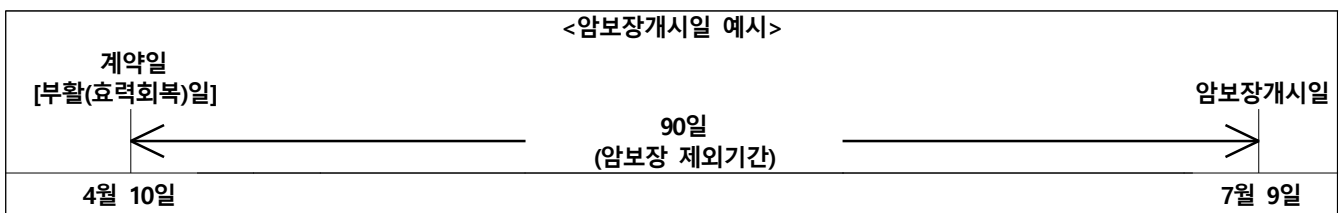
나. 갱신계약 : 계약의 보험기간 만료 후 제24조【계약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.

다. 갱신일 : 계약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2【“암보장개시일”의 정의】

① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신권서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신권서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었거나, 보험기간 중 최초의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때(단, 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 암진단보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때에는 제2조【용어의 정의】제3호에서 정한 플러스 적립금을 계약자에게 지급합니다.

③ 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 사망하고, 그 후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 암진단보험금을 지급합니다. 다만, 제26조【계약의 소멸】제3항에 따라 이 계약의 책임준비금을 지급하였으나 그 사유가 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다. 그러나 보장개시일(암의 경우 암보장개시일)의 전일 이전에 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단 확정된 경우에는 암진단보험금을 지급하지 않습니다.

- ④ 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단 확정되어 해당 암진단보험금이 지급된 후에 제24조【계약의 갱신】에 따라 이 계약이 갱신된 경우에도 갱신계약의 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단 확정되어 해당 암진단보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 암진단보험금을 지급합니다. 그러나 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 암진단보험금이 지급된 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 암진단보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑥ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑦ 제5항 및 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑨ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑩ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 이 계약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑬ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑭ 보험수익자와 체신관서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신관서가 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 체신관서가 전액 부담합니다.
- ⑮ 계약자와 체신관서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신관서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제5조[암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정]

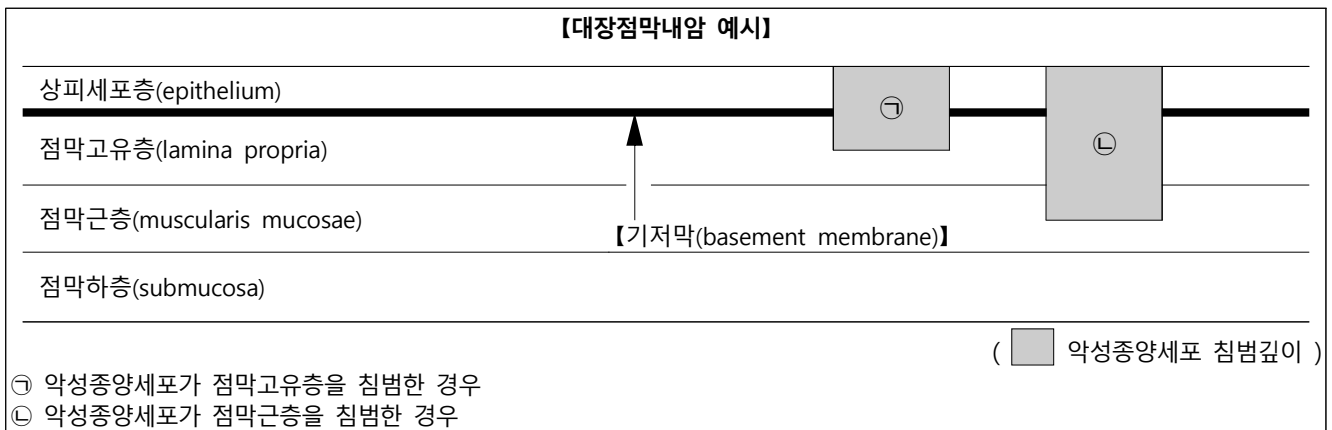
- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑

상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외]]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “갑상선암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 “기타피부암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 “대장점막내암” 이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조 [제자리암의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 “제자리암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5[제자리 신생물 분류표(대

장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 제자리암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 제자리암에 대한 임상학적인 진단이 제자리암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】

① 이 계약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성 종양의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

채신판서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 과학기술정보통신부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하거나, 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

제10조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 채신판서에 알려야 합니다.

제11조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조【보험금의 지급절차】

- ① 체신관서는 제11조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 체신관서는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제2항의 플러스적립금 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.
- ③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제14항 및 제15항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제13조【주소변경통지】

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된

경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 체신관서에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 체신관서에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제14조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제15조【대표자의 지정】

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 제1항의 대표자가 지정되지 않았거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 3 관 계약자의 고지의무 등

제16조【고지의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “고지의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다.

제17조【고지의무 위반의 효과】

① 체신관서는 계약자 또는 피보험자가 제16조【고지의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 체신관서가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 체신관서가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “모집자 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
- 다만, 모집자 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

【고지의무 위반 예시】

계약을 청약하면서 모집자 등에게 암이 있다고만 이야기하고 청약서의 고지사항에는 기재하지 않아 체신판서가 암 병력이 있다는 사실을 알지 못하였다고 하면, 체신판서는 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

- ② 체신판서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 고지의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제36조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제16조【고지의무】의 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신판서가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 체신판서는 다른 보험가입내역에 대한 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑥ 제31조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다].

제18조【사기에 의한 계약】

피보험자가 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신판서가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제19조【보험계약의 성립】

- ① 계약은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 계약자의 청약과 체신판서의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 체신판서는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 체신판서는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 체신판서가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑤ 체신판서가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라

보장합니다.

⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제31조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제20조【청약의 철회】

① 계약자는 보험가입증서(보험증권)를 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만 65세 이상인 계약은 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 체신관서에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험가입증서(보험증권)를 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 체신관서가 이를 증명하여야 합니다.

제21조【약관교부 및 설명의무 등】

① 체신관서는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 체신관서가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지

않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 체신관서는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제22조【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에서 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 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 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

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

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

4. 피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단 확정된 경우

제23조【계약내용의 변경 등】

① 계약자는 체신관서의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험료의 납입방법

2. 보험가입금액의 감액

3. 계약자

4. 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 체신관서의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만,

변경된 보험수익자가 체신관서에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 체신관서에 통지하여야 합니다.

【해설】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 체신관서에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 체신관서는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 체신관서가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

- ③ 체신관서는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 체신관서는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험가입증서(보험증권) 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제24조【계약의 갱신】

- ① 이 계약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제19조【보험계약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 암진단보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약을 갱신할 수 없습니다. 단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단 확정 받은 경우에는 계약을 갱신할 수 있습니다.
- ④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 체신관서는 다음에 해당하는 경우에는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 각 해당 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.
 - 1. 제6항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 관련 내용
 - 2. 제7항에 따라 보험요율이 변경되는 경우 그 관련 내용
 - 3. 갱신일부터 보험기간 이내에 피보험자의 건강검진결과(건강검진결과 제출일 직전 1년 이내의 검진결과)를 제출하여 체신관서가 별도로 정한 요건을 모두 충족하는 경우 건강검진결과 제출일 이후 차회 보험료부터 보험기간 만료일까지 보험료의 5%를 할인한다는 내용

제25조【보험나이 등】

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조【계약의 무효】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 계약 해당일에 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) : 2016년 4월 13일
 ⇒ 2016년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 27년 6월 11일 = 28세

제26조【계약의 소멸】

- ① 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 암진단보험금 지급사유가 발생(단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양으로 진단 확정 받은 경우는 제외)하였거나 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항의 “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.
- ③ 제1항에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ④ 제3항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제12조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제12조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제27조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】

- ① 체신관서는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 체신관서가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체로 납입하는 경우에는 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체가 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 체신관서가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

채신판서가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 채신판서가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 채신판서는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제16조【고지의무】에 따라 계약자 또는 피보험자가 채신판서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 채신판서가 증명하는 경우

2. 제17조【고지의무 위반의 효과】를 준용하여 채신판서가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

④ 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑤ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 다만, 채신판서는 그 한도액을 초과하여 청약된 부분에 대한 보험료는 돌려 드립니다.

⑥ 제1항, 제2항 및 제4항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.

⑦ 채신판서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제28조【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 채신판서는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제29조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에 따른 유예기간이 지나기 전까지 채신판서가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제37조【환급금대출】제1항에 따른 환급금대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 채신판서는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 채신판서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제36조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 채신판서는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내합니다.

제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간” 이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.

② 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 체신관서가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제36조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 실효시이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조【고지의무】, 제17조【고지의무 위반의 효과】, 제18조【사기에 의한 계약】, 제19조【보험계약의 성립】 및 제27조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)할 때의 보험료를 의미합니다.

③ 제1항에 따라 계약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제16조【고지의무】를 위반한 경우에는 제17조【고지의무 위반의 효과】가 적용됩니다.

제32조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에 지급하고 제23조【계약내용의 변경 등】 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게

통지하여야 합니다.

- ② 채신관서는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 채신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 채신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 채신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제33조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 채신관서는 제36조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제22조【계약의 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 채신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조【중대사유로 인한 해지】

- ① 채신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 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.
- ② 채신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 채신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제36조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제35조【신공시이율의 적용 및 공시】

- ① 이 계약의 적립순보험료(보험료에서 위험보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)에 대한 적립이율은 신공시이율(가입후 10년 이내에는 연단위 복리 1.0%, 10년을 초과한 경우에는 연단위 복리 0.5%를 최저보증 합니다)로 하며, 매월 1일부터 당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
- ② 제1항의 신공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 객관적인 외부지표금리(국고채, 회사채 및 통화안정증권 수익률과 양도성예금증서 유통수익률) 및 운용자산이익률에 대한 가중평균방법을 통해 산출된 공시기준이율에 향후 예상수익 등 경영환경을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
- ③ 채신관서는 제1항 및 제2항에서 정한 신공시이율 및 산출방법 등을 매월 채신관서의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제36조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 채신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 채신관

서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제37조【환급금대출】

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출(이하 “환급금대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 환급금대출금과 환급금대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 체신관서는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 환급금대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 체신관서는 제30조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 체신관서는 보험수익자에게 환급금대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제38조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제39조【분쟁의 조정】

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 체신관서는 과학기술정보통신부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제40조【관할법원】

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 체신관서와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제41조【소멸시효】

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

보험금 등의 지급사유가 2015년 1월 2일에 발생하였음에도 2018년 1월 2일까지 보험금 등을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제42조【약관의 해석】

① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 체신관서는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제43조[채신관서가 제작한 보험안내자료 등의 효력]

모집자 등이 모집과정에서 사용한 채신관서 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제44조[채신관서의 손해배상책임]

- ① 채신관서는 계약과 관련하여 모집자 등의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 채신관서는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 채신관서가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 채신관서는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제45조[개인정보보호]

- ① 채신관서는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 채신관서는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 채신관서는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조[준거법]

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조[지급보장]

이 계약은 「우체국예금보험에 관한 법률」 제4조에 의해 지급이 보장됩니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
암진단 보험금	암보장개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	500만원 +플러스적립금
		보험계약일부터 1년이상	1,000만원 +플러스적립금
	보험기간 중 최초의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	50만원
		보험계약일부터 1년이상	100만원

- 주) 1. 피보험자에게 암진단보험금 지급사유가 발생(단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양은 제외)하였거나 피보험자가 사망하였을 때에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
3. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
4. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때에는 플러스적립금을 계약자에게 지급합니다.
5. 플러스적립금은 신공시이율이 변경된 경우에는 증가하거나 감소할 수 있습니다. 또한, 제2조 【용어의 정의】 제3호에서 정한 예정 책임준비금이 책임준비금보다 큰 경우에는 발생하지 않습니다.
6. 갱신계약의 경우 경과기간 1년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 제자리 신생물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이 후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제4항에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3, D47.4,D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이 후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표7]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
암진단보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
제4조 제2항의 플러스적립금 및 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 신공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 제2항의 플러스적립금은 체신관서가 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 이 계약의 신공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 체신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제12조 【보험금의 지급절차】 제3항 각호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 신공시이율은 이 계약의 신공시이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 암사망특약Ⅱ 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

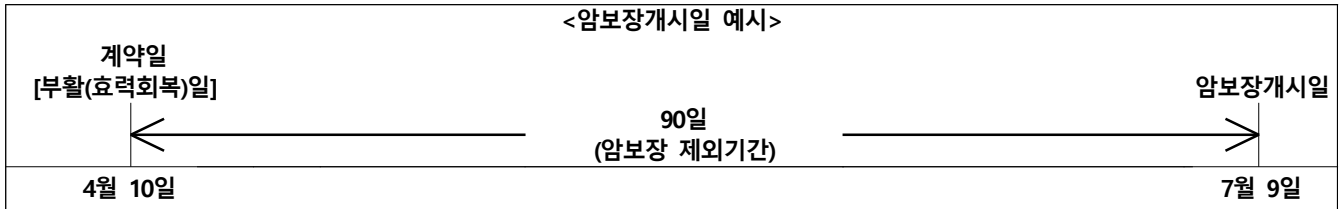
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어(단, 1종(20년갱신행)에 한함)

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제14조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2【“암보장개시일”의 정의】

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신권서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신권서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암으로 사망하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 사망하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 암사망보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

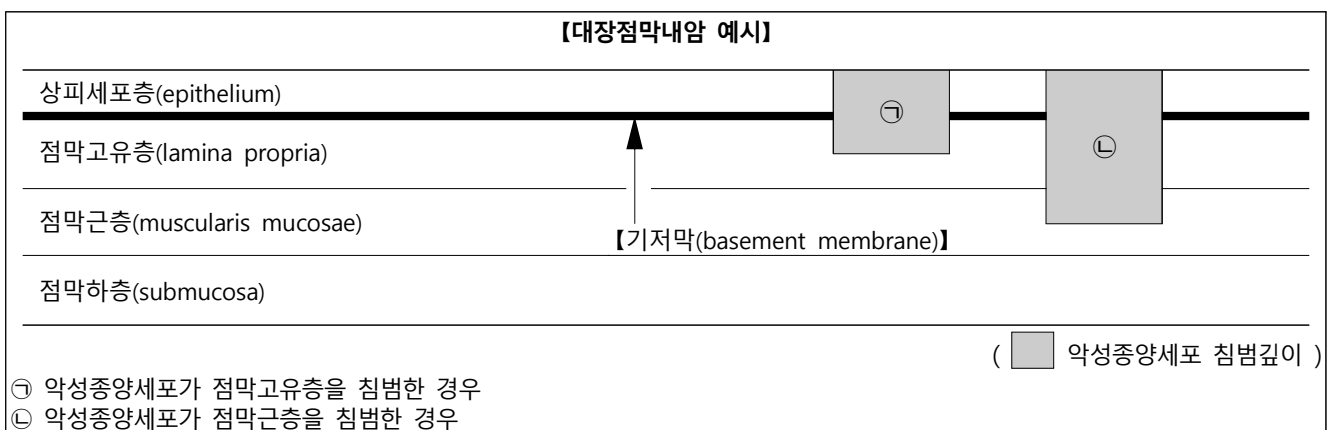
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 사망하고, 그 후에 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 암사망보험금을 지급합니다. 다만, 제15조【특약의 소멸】제3항에 따라 이 특약의 책임준비금을 지급한 경우에는 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다. 그러나 보장개시일(암의 경우 암보장개시일)의 전일 이전에 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단 확정된 경우에는 암사망보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제3조【보험금의 지급사유】 및 제15조【특약의 소멸】의 “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.
- ④ 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일 이후에 암으로 인하여” 또는 “갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 인하여” 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조【보험금의 지급사유】 “사망”의 원인 및 “암사망보험금” 지급에 영향을 미치지 않습니다.

- ⑤ 제4항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 인한 결과 피보험자가 사망에 이르게 된 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.
1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 2. 사망의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 특히 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】를 따릅니다.
- ⑥ 제3조【보험금의 지급사유】에도 불구하고 암사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 암사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 암사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
- ⑦ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑨ 제7항 및 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑩ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑪ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑫ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑭ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑯ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.
- ⑰ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조[암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표 (갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “갑상선암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “기타피부암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암” 이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



- ⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77-C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신판서양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험금의 지급절차】

① 채신판서는 제7조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 채신판서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신판서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 채신판서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제16항 및 제17항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의

의전에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 체신관서가 정한 바에 따라 제3조【보험금의 지급 사유】에 따른 암사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 체신관서는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 특약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제10조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제11조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 1종(20년갱신형) 갱신계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.
- ⑤ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(1종(20년 갱신형)의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조【특약내용의 변경 등】

- ① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 체신관서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제14조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

- ① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제11조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 암사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제15조【특약의 소멸】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 암사망보험금 지급사유가 발생하였을 경우
 - ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 - ③ 제1항 제2호에서 보험기간 중 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 지급사유 이외의 원인으로 피보험자가 사망하였을 때에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ④ 제3항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제8조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 1종(20년갱신형)의 경우, 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제20조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제20조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제21조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
암사망 보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암으로 사망하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기 타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으 로 사망하였을 때	1,000만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 암사망보험금의 지급사유 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 사망 당
시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위
의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납
입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료
도 납입을 면제합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
암사망보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조【보험금의 지급절차】제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 암진단특약IV 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

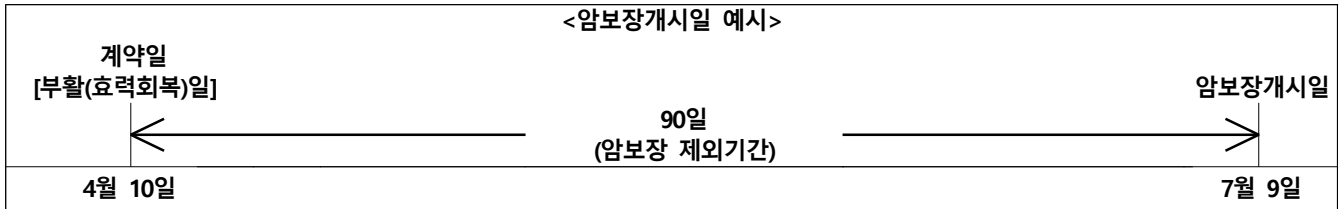
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어(단, 1종(20년갱신행)에 한함)

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제13조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약” 이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2【“암보장개시일”의 정의】

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신권서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신권서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 최초의 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때(단, 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 암진단보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 암진단보험금을 지급합니다. 다만, 제14조【특약의 소멸】제3항에 따라 이 특약의 책임준비금을 지급한 경우에는 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정된 경우에는 암진단보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률

만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

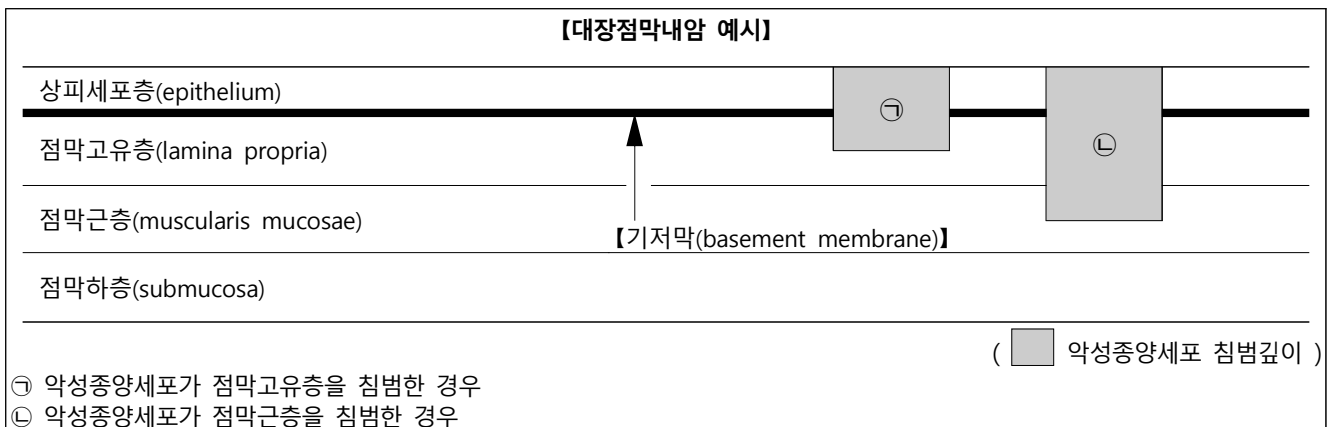
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신관서양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서, 진단서(병명기입) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제7조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제10조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 1종(20년갱신형) 갱신계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개

시일로 합니다.

⑤ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(1종(20년갱신형)의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조【특약내용의 변경 등】

① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 체신관서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제13조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 제10조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 암진단보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제14조【특약의 소멸】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 암진단보험금 지급사유가 발생하였을 경우
- ② 제1항 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.
- ③ 제1항 제2호에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ④ 제3항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제8조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 1종(20년갱신형)의 경우, 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에서 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.

③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제19조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제20조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
암진단 보험금	암보장개시일 이후에 최초의 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	500만원
		보험계약일부터 1년이상	1,000만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 경과기간 1년 미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
암진단보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조【보험금의 지급절차】제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 소액암진단특약Ⅳ 2406」을 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제14조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

채신판서는 피보험자가 보험기간 중 최초의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때(단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 소액암진단보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 소액암진단보험금의 경우 다음과 같이 합니다.
 1. 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 소액암진단보험금을 지급합니다. 그러나 보장개시일의 전일 이전에 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단 확정된 경우에는 소액암진단보험금을 지급하지 않습니다.
 2. 1종(20년갱신형)의 경우 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단 확정되어 해당 소액암진단보험금이 지급된 후에 제14조【특약의 갱신】에 따라 이 특약이 갱신된 경우에도 갱신계약의 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단 확정되어 해당 소액암진단보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 소액암진단보험금을 지급합니다. 그러나 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 소액암진단보험금이 지급된 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 채신판서는 해당 소액암진단보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각

에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

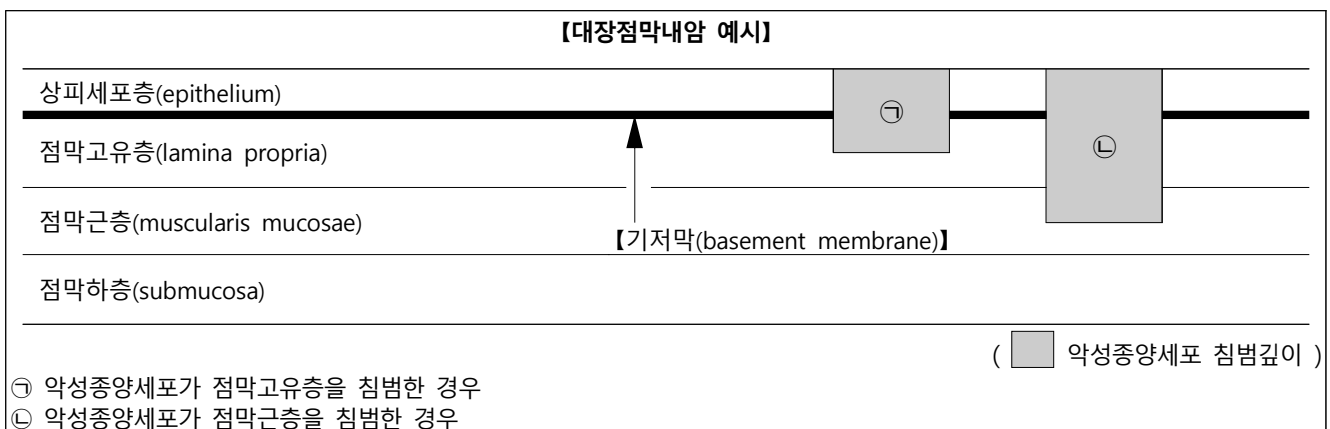
⑬ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조[갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



④ 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은

조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 제1항 및 제2항에서 정한 질병은 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 제1항 및 제2항에서 정한 질병 해당 여부를 판단합니다.

⑦ 제9차 개정 이후 제1항 및 제2항에서 정한 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

⑧ 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 제1항 및 제2항에서 정한 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 제1항 및 제2항에서 정한 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제5조【갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 제자리암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 제자리암에 대한 임상학적인 진단이 제자리암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성 종양의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표6] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제12조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 1종(20년갱신형) 갱신계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(1종(20년 갱신형)의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조【특약내용의 변경 등】

- ① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 체신관서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제14조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

- ① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제12조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑦ 제5항 및 제6항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제15조【특약의 소멸】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 소액암진단보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 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.
- ④ 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 해당 사유가 발생한 시점의 책임준비금을 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립하여 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제10조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 1종(20년갱신형)의 경우, 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제20조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제20조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표6] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제21조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
소액암 진단보험금	보험기간 중 최초의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	100만원
		보험계약일부터 1년이상	200만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없거나, 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 당시의 책임준비금 또는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 경과기간 1년 미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 제자리 신생물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제5조 【갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제3항에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표5]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인 분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3, D47.4,D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표6]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
소액암 진단보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 고액암진단특약 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : [별표3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

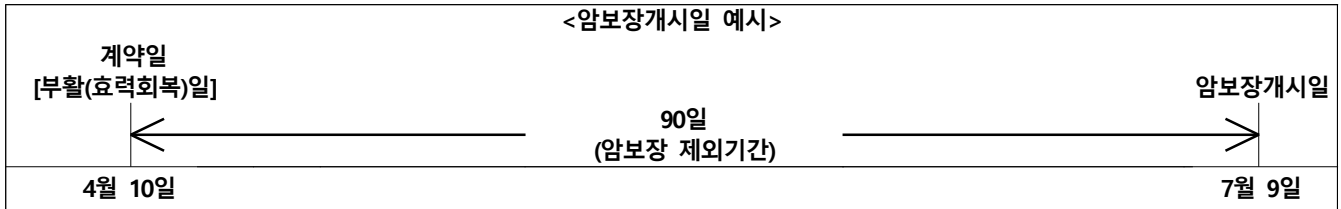
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어(단, 1종(20년갱신행)에 한함)

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제13조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2【“암보장개시일”의 정의】

- ① 제5조【암 및 고액암의 정의 및 진단 확정】 제2항에서 정한 고액암에 대한 보장개시일은 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신판서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신판서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 최초의 고액암으로 진단이 확정되었을 때(단, 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 고액암진단보험금을 지급합니다. (별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 고액암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 고액암진단보험금을 지급합니다. 다만, 제14조【특약의 소멸】 제4항에 따라 이 특약의 책임준비금을 지급한 경우에는 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 고액암으로 진단 확정된 경우에는 고액암진단보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그

악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

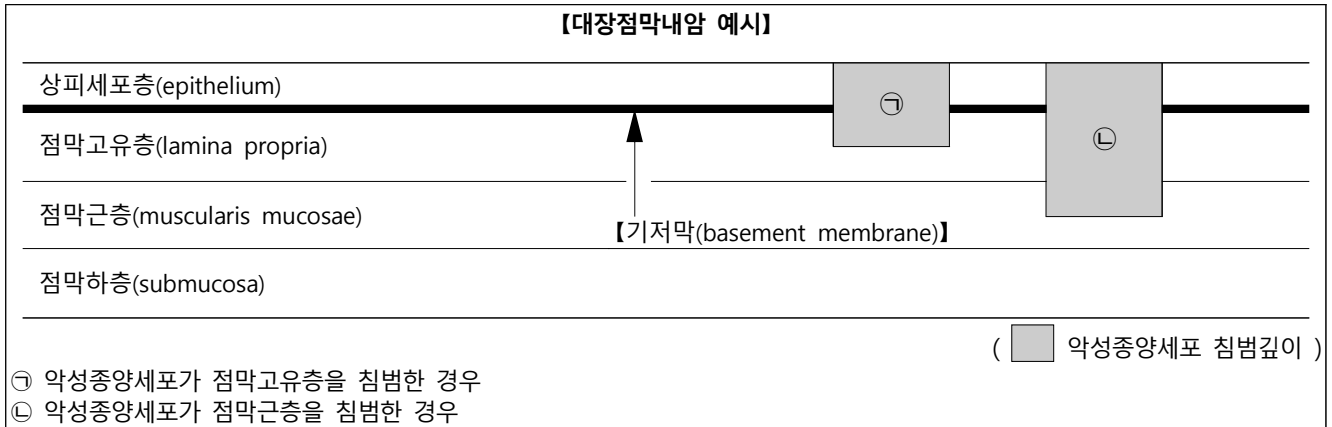
제5조【암 및 고액암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “고액암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표5(고액치료비 관련 악성신생물 분류표)에 정한 암을 말합니다.

③ 고액암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 고액암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신판서양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험금의 지급절차】

① 채신판서는 제7조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표6] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 채신판서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지

못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신판서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 채신판서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 채신판서는 보험수익자의 청구에 따라 채신판서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 채신판서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 채신판서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 채신판서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제10조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 채신판서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약에 대한 채신판서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 1종(20년갱신형) 갱신계약에 대한 채신판서의 보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 제5조【암 및 고액암의 정의 및 진단 확정】제2항에서 정한 고액암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.
- ⑤ 채신판서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다더라도 청약일부터 5년(1종(20년갱신형)의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이

이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암 및 고액암의 정의 및 진단 확정】제2항에서 정한 고액암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금 대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조【특약내용의 변경 등】

- ① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 체신관서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제13조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

- ① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제10조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 고액암진단보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제14조【특약의 소멸】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 고액암진단보험금 지급사유가 발생하였을 경우

② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 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.

④ 제1항 제2호에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제8조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 1종(20년갱신형)의 경우, 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체

신판서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 채신판서는 보상하여 드립니다.

③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 채신판서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 채신판서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 채신판서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 채신판서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 채신판서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 채신판서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부턴 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 채신판서는 제19조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제19조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표6] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제20조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
고액암 진단보험금	암보장개시일 이후에 최초의 고액암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	500만원
		보험계약일부터 1년이상	1,000만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 경과기간 1년 미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

고액치료비 관련 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 고액치료비 관련 악성신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
- 호지킨 림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이 후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표6]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
고액암 진단보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조【보험금의 지급절차】제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 암진단생활비특약Ⅱ 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

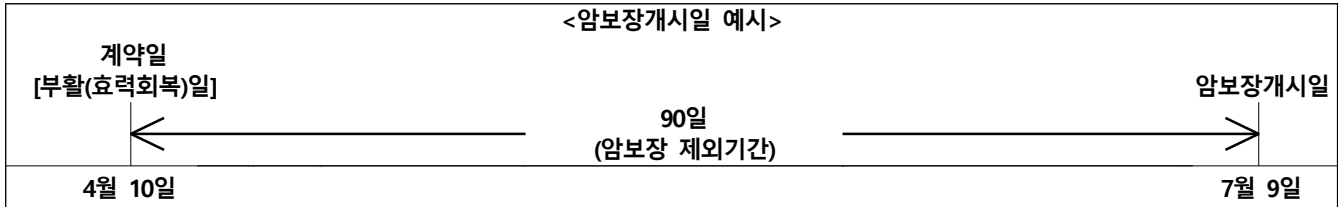
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제13조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2[“암보장개시일”의 정의]

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신권서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신권서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 최초의 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때(단, 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 암진단생활자금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제3조【보험금의 지급사유】에 따른 암진단생활자금은 보험금 지급사유 발생일을 포함하여 5년(60회)동안 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 해당월에 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날에 해당 보험금을 지급합니다.
- ③ 암진단생활자금의 경우 보험수익자가 일시금으로 받기를 원하는 경우에는 이 특약의 예정이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.
- ④ 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 암진단생활자금을 지급합니다. 다만, 제14조【특약의 소멸】제3항에 따라 이 특약의 책임준비금을 지급한 경우에는 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정된 경우에는 암진단생활자금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를

장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.

⑦ 제5항 및 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑬ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

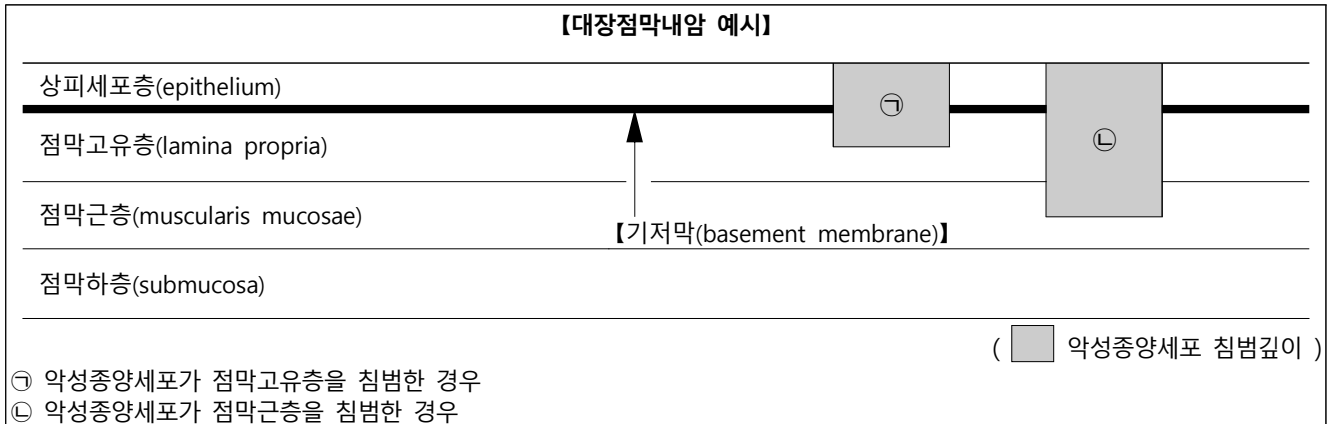
① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층

(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

- ### 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

- ## 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

- ### 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신관서양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험금의 지급절차】

① 채신관서는 제7조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 채신관서는 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 제2회 이후 암진단생활자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 채신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 채신관서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 채신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제14항 및 제15항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 채신관서는 보험수익자의 청구에 따라 채신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 채신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 채신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 채신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제10조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 1종(20년갱신형) 갱신계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.
- ⑤ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(1종(20년 갱신형)의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조【특약내용의 변경 등】

- ① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 체신관서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제13조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

- ① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전

계약을 준용합니다.

② 제10조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 암진단생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제14조【특약의 소멸】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 암진단생활자금 지급사유가 발생하였을 경우

② 제1항 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.

③ 제1항 제2호에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

④ 제3항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제8조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 1종(20년갱신형)의 경우, 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신판서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신판서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신판서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신판서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신판서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신판서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제19조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제20조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
암진단 생활자금	암보장개시일 이후에 최초의 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) 으로 진단이 확정되었을 때(단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년 미만	매월 25만원 (60회 확정)
		보험계약일부터 1년 이상	매월 50만원 (60회 확정)

- 주) 1. 암진단생활자금은 보험금 지급사유 발생일을 포함하여 5년(60회)동안 매월 보험금 지급사유 발생 해당일에 확정 지급합니다.
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
3. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
4. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 경과기간 1년 미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간		적 립 이 율
초회 암진단생활자금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		환급금대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		환급금대출이율+가산이율(8.0%)
제2회 이후 암진단생활자금	제2회 이후 해당 암진단생 활자금 지급해당일의 다음 날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(단 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	예정이율
		보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우 에는 효력이 없게 된 날) 다음 날 이후	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		환급금대출이율

- 주) 1. 제2회 이후 암진단생활자금은 체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 이 특약의 예정이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 체신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제8조【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 항암방사선약물치료특약IV 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

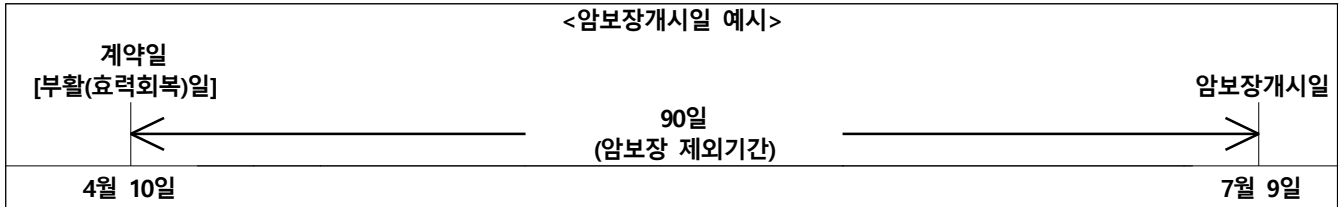
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제16조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2[“암보장개시일”의 정의]

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신권서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신권서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받았을 때(단, 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양 각각에 대하여 항암방사선치료 또는 항암약물치료 둘 중 최초 1회에 한하여 지급함)에는 보험수익자에게 약정한 항암방사선·약물치료보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 1종(20년갱신형)의 경우, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 해당 항암방사선·약물치료보험금이 지급된 후에 제16조【특약의 갱신】에 따라 이 특약이 갱신된 경우에도 갱신계약의 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 해당 항암방사선·약물치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 항암방사선·약물치료보험금을 지급합니다. 그러나 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 항암방사선·약물치료보험금이 지급된 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신권서는 해당 항암방사선·약물치료보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상

태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

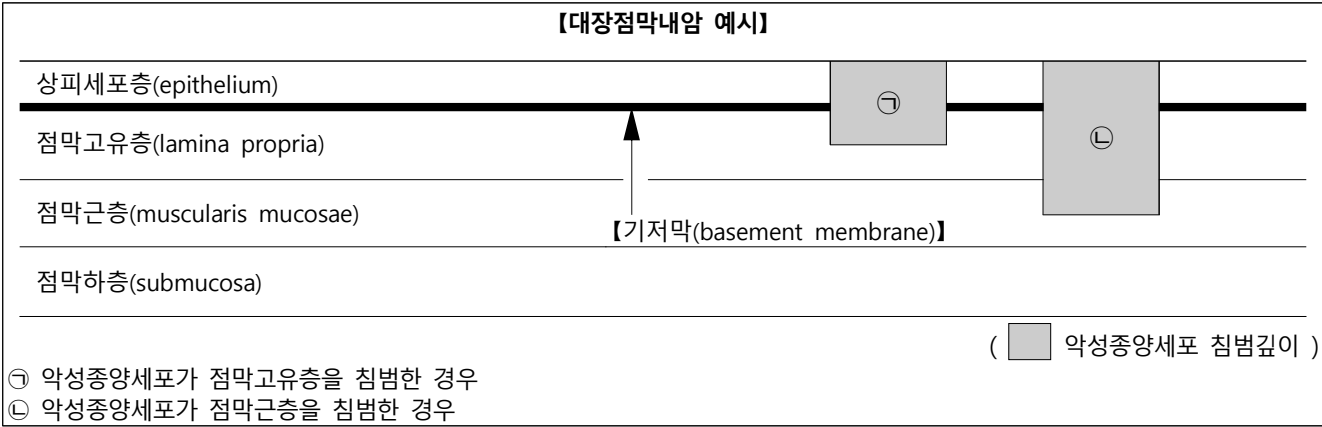
① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층

(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



- ⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】
 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】
 C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5[제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 제자리암에 대한 임상학적인 진단이 제자리암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성 종양의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조【항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제10조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신관서양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국

내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제12조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제13조【특약의 성립】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

- ③ 1종(20년갱신형) 갱신계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.
- ⑤ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(1종(20년갱신형)의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조【특약내용의 변경 등】

- ① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 체신관서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제16조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

- ① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제13조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 항암방사선·약물치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다. 단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 항암방사선·약물치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 특약을 갱신할 수 있습니다.
- ④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2

중(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제17조【특약의 소멸】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 항암방사선·약물치료보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 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.

④ 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 해당 사유가 발생한 시점의 책임준비금을 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신판서가 적립하여 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제11조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제18조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 1종(20년갱신형)의 경우, 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신판서가 제시한 소

정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에서 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.

③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을

청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제22조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제22조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제23조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
항암방사선·약물치료 보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받았을 때 (단, 항암방사선치료 또는 항암약물치료 둘 중 최초 1회에 한함)	100만원
	보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받았을 때 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 각각 항암방사선치료 또는 항암약물치료 둘 중 최초 1회에 한함)	20만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없거나, 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 당시의 책임준비금 또는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 제자리 신생물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제4항에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인 분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3, D47.4,D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표7]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
항암방사선·약물 치료보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 후유장해보장특약IV 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제12조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

채신판서는 피보험자가 보험기간 중 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50% 이상인 장애상태가 되었을 때(단, 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 장애보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조【보험금의 지급사유】에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제3조【보험금의 지급사유】에서 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ④ 제3조【보험금의 지급사유】에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제3조【보험금의 지급사유】에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑥ 제3조【보험금의 지급사유】에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑩ 보험수익자와 채신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 채신판서가 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 채신판서가 전액 부담합니다.

제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3

조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신관서양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 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 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조【보험금의 지급절차】

① 채신관서는 제6조【보험금의 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 이자는 [별표4] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 채신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 채신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 채신관서는 보험수익자의 청구에 따라 채신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 채신관서의 서

면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 채신판서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 채신판서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 채신판서가 정한 바에 따라 제3조【보험금의 지급사유】에 따른 장해보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 채신판서는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 특약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제10조【특약의 성립】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 채신판서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약에 대한 채신판서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

③ 1종(20년갱신형) 갱신계약에 대한 채신판서의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

④ 채신판서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(1종(20년갱신형)의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제15조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제16조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조【특약내용의 변경 등】

① 채신판서는 계약자가 보험기간 중 채신판서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 채신판서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 채신판서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제12조【특약의 갱신】(단, 1종(20년갱신형)에 한함)

① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

- ② 제10조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제13조【특약의 소멸】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 장해보험금 지급사유가 발생하였을 경우
- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 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.
- ④ 제1항 제2호에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제14조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 1종(20년갱신형)의 경우, 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신판서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제15조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신판서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 제2회 이후 보험료 및 1종(20년갱신형) 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신판서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신판서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신판서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신판서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제15조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제17조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제18조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제18조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표4] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제19조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지급사유	지 급 액
장해보험금	보험기간 중 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50% 이상인 장애상태가 되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	500만원

주) 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
장해보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 계속받는암진단특약Ⅲ(20년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

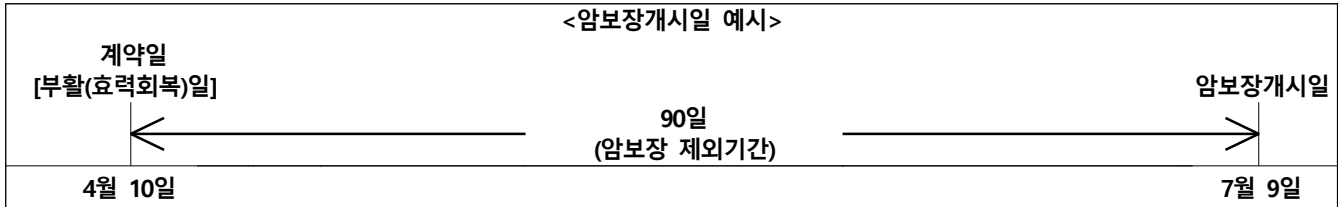
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제16조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2[“암보장개시일”의 정의]

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 및 첫 번째 암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신판서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.

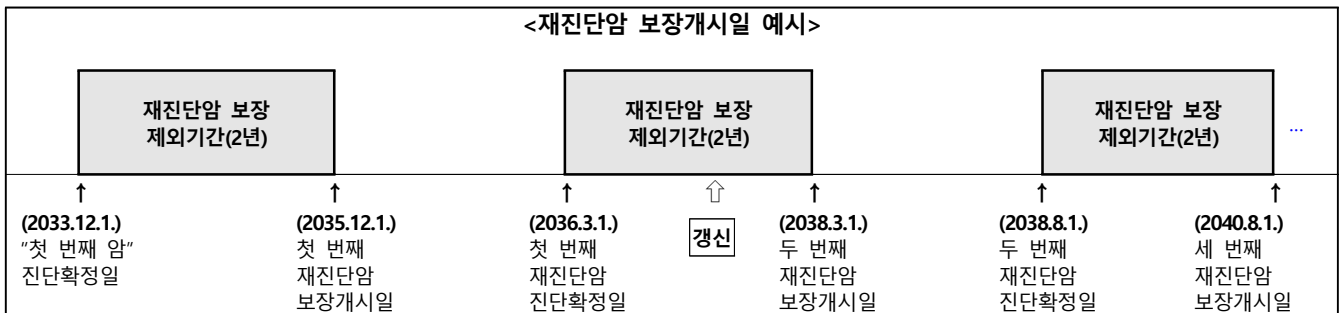


- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제2조의3[“재진단암 보장개시일”의 정의]

제6조【재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)에 대한 보장개시일은 다음 각 호의 “첫 번째 재진단암 보장개시일”과 “두 번째 이후 재진단암 보장개시일”을 합한 것을 말하며(이하 “재진단암 보장개시일”이라 합니다), 특약을 부활(효력회복)하는 경우에도 동일합니다.

- 첫 번째 재진단암 보장개시일 : “첫 번째 암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음 날로 합니다.
- 두 번째 이후 재진단암 보장개시일 : 직전 “재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음 날로 합니다.



제 2 관 보험금의 지급

제3조[보험금의 지급사유]

체신판서는 피보험자가 보험기간 중 재진단암 보장개시일 이후에 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 재진단암진단보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

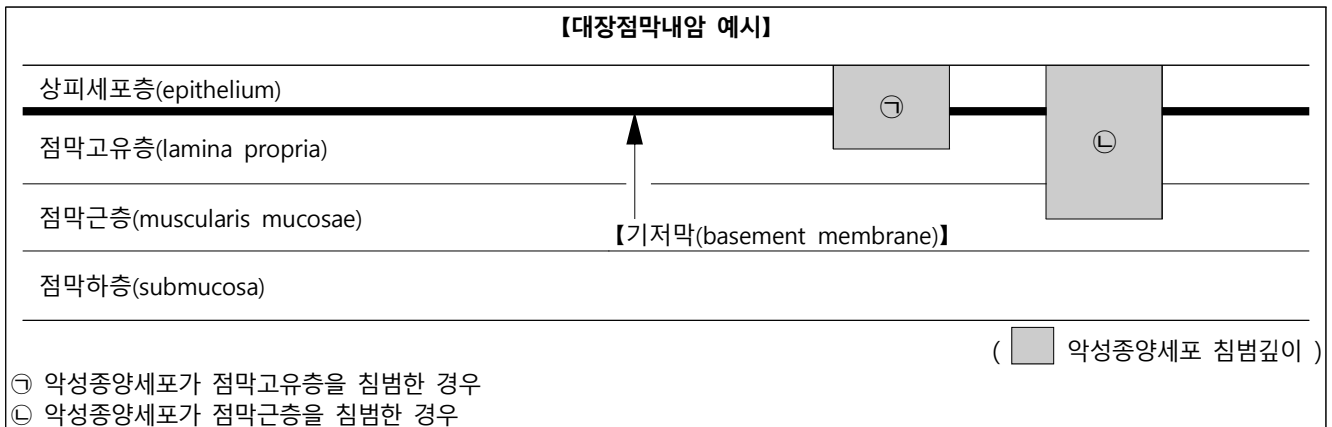
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때 또는 암보장개시일 이후 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 및 첫 번째 암의 정의 및 진단 확정】제5항에서 정한 첫 번째 암으로 진단이 확정되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 보험기간 중 피보험자가 재진단암 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 재진단암진단보험금을 지급합니다. 그러나 재진단암 보장개시일의 전일 이전에 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정된 경우에는 재진단암진단보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑫ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.
- ⑬ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담

합니다.

제5조[암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 및 첫 번째 암의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “갑상선암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “기타피부암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암” 이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



- ⑤ 이 특약에 있어서 “첫 번째 암” 이라 함은 이 특약의 보험기간(갱신계약을 포함합니다) 중 암보장 개시일 이후에 최초로 진단 확정되는 제1항에서 정한 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)을 말합니다.
- ⑥ 암, 갑상선암, 기타피부암 및 첫 번째 암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암, 기타피부암 및 첫 번째 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑦ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”이라 함은 재진단암 보장개시일 이후에 다음 각 호 어느 하나에 해당하면서 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 및 첫 번째 암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 받은 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 동일장기 또는 타 부위에 전이된 암
3. 동일장기에 재발된 암
4. 암보장개시일 이후 발생한 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 및 첫 번째 암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정받은 부위에 암세포가 남아있는 경우

② 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 또는 치료(재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하며, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

제7조【항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의】

① 이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조【수술의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나

의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 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 말하며, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢查) 등]은 제외합니다.

제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제10조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신판서양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조【보험금의 지급절차】

① 채신판서는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 채신판서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신판서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다

만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제12조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제13조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 및 첫 번째 암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 하며, 제6조【재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)에 대한 보장개시일은 제2조의3【“재진단암보장개시일”의 정의】에서 정한 재진단암 보장개시일로 합니다.
- ④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 및 첫 번째 암의 정의 및 진단 확정】제5항에서 정한 첫 번째 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제15조【특약내용의 변경 등】

① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 체신관서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제16조【특약의 갱신】

① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 제13조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 및 첫 번째 암의 정의 및 진단 확정】제5항에서 정한 첫 번째 암으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 기간이 2년 이하인 경우

2. 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 및 첫 번째 암의 정의 및 진단 확정】제5항에서 정한 첫 번째 암 또는 제6조【재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 기간이 2년 이하인 경우

④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제17조【특약의 소멸】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 재진단암진단보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
 - 가. 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 및 첫 번째 암의 정의 및 진단 확정】제5항에서 정한 첫 번째 암으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 기간이 2년 이하인 경우
 - 나. 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 및 첫 번째 암의 정의 및 진단 확정】제5항에서 정한 첫 번째 암 또는 제6조【재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 기간이 2년 이하인 경우
- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 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.
- ④ 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 해당 사유가 발생한 시점의 책임준비금을 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립하여 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제11조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제18조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을

청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 재진단암 보장개시일은 제2조의3 【“재진단암보장개시일”의 정의】를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제22조 【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제22조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제23조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
재진단암 진단보험금	재진단암 보장개시일 이후에 재진단암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때	1,000만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없거나, 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 당시의 책임준비금 또는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때 또는 암보장개시일 이후 첫 번째 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
재진단암 진단보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 암직접치료통원특약(20년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : [별표3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

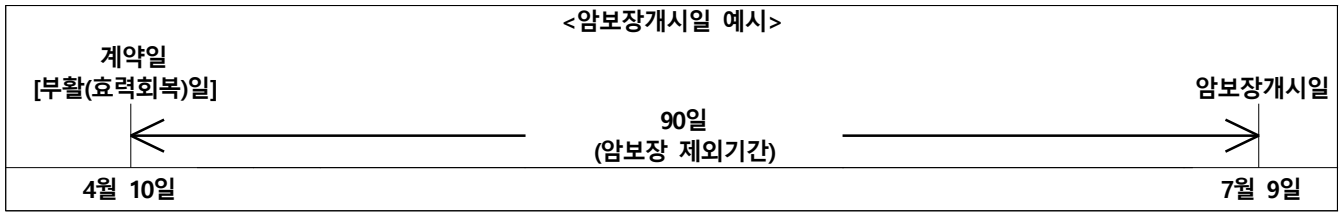
- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제17조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2【“암보장개시일”의 정의】

① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한

보장개시일은 최초계약 의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장 개시일” 이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신판서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제21조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신판서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때(단, 1일 1회한도)에는 보험수익자에게 약정한 암직접치료통원보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 암직접치료통원보험금의 경우, 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양 각 질병당 1일 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제1항에서 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률

만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

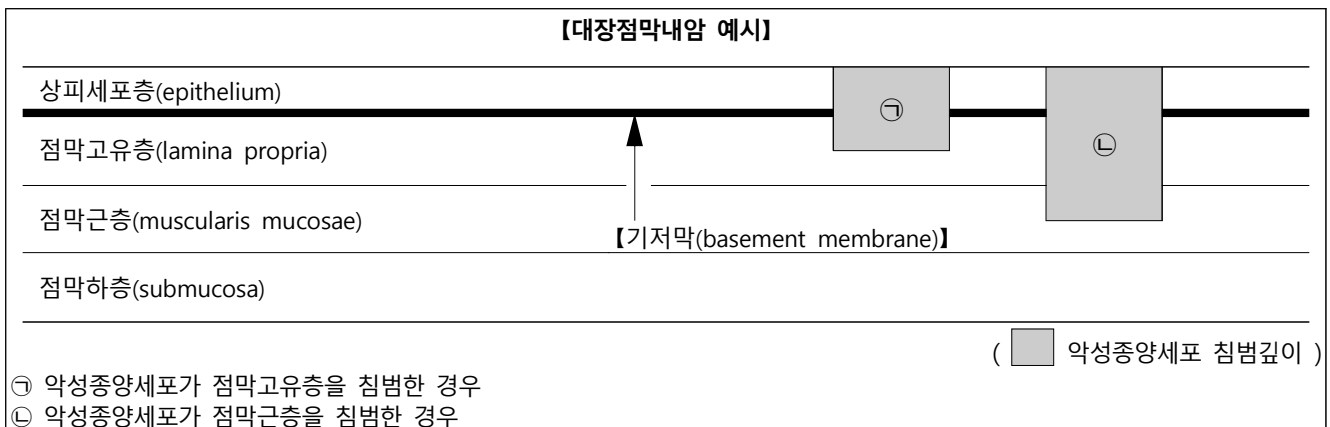
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제6조[제자리암의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5[제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 제자리암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 제자리암에 대한 임상학적인 진단이 제자리암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조[경계성 종양의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성 종양의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조[“암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양의 직접적인 치료”의 정의]

① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 「암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료」
 4. 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양의 직접적인 치료”에도 동일하게 적용됩니다.

제9조【통원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제11조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신판서양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서, 진단서(병명기입), 통원확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
 - ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조【보험금의 지급절차】

- ① 체신관서는 제11조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.
- ③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제13조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제14조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신판서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초계약에 대한 체신판서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.
- ④ 체신판서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제21조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신판서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신판서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신판서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조【특약내용의 변경 등】

- ① 체신판서는 계약자가 보험기간 중 체신판서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 체신판서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신판서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제17조【특약의 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제14조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신판서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계

약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑦ 제5항 및 제6항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제18조【특약의 소멸】

① 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항의 “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.

④ 제1항에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제12조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제12조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제19조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.

③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활

(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제23조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제23조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제24조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
암직접치료 통원보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때(통원 1회당, 1일 1회한도)	2만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 제자리 신생물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제4항에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인 분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3, D47.4,D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표7]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
암직접치료 통원보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제12조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 암직접치료입원특약(20년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

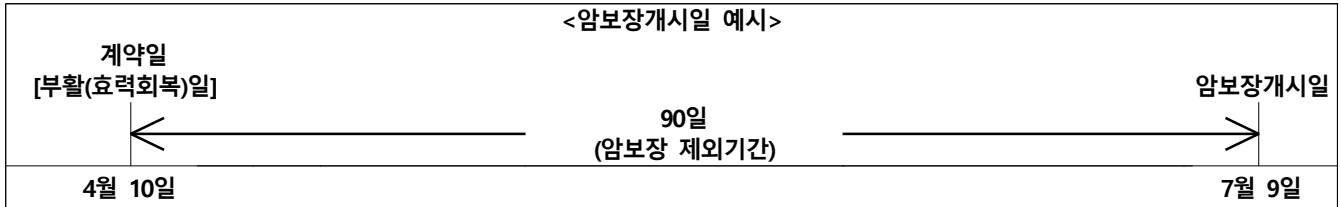
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제17조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2[“암보장개시일”의 정의]

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약 의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신권서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제21조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

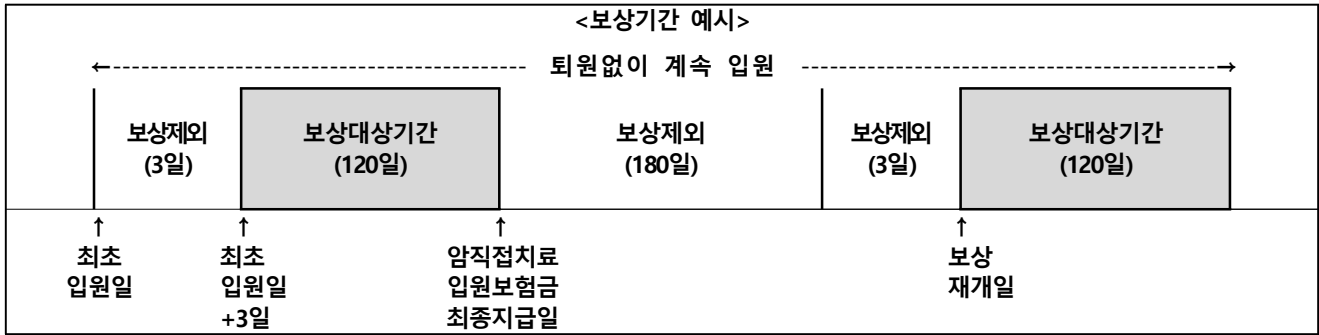
제 2 관 보험금의 지급

제3조[보험금의 지급사유]

체신권서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원(단, 요양병원 제외)하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원(단, 요양병원 제외)하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 암직접치료입원보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조[보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 암직접치료입원보험금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
- 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
 - 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다.
 - 제2호에도 불구하고 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양에 의한 입원이라도 암직접치료입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 암직접치료입원보험금을 지급합니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
 5. 제17조【특약의 갱신】에 따라 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다.
 6. 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원보험금을 지급하며 암직접치료입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원보험금을 지급합니다.
 7. 제1호에서 제6호에도 불구하고 암직접치료입원보험금의 경우 피보험자가 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원하는 경우에는 암직접치료입원보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 체신관서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신관서가 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 체신관서가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 체신관서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신관서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

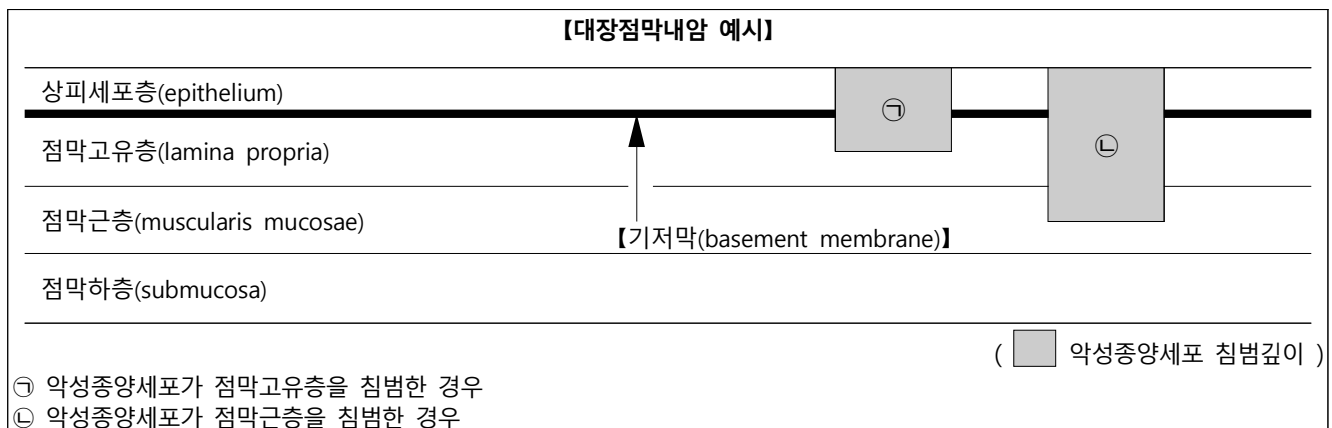
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대

한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5[제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 제자리암에 대한 임상학적인 진단이 제자리암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성 종양의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조【“암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양의 직접적인 치료”의 정의】

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 「암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료」
 4. 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양의 직접적인 치료”에도 동일하게 적용됩니다.

제9조【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조【보험금을 지급하지 않는 사유】

- ① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 체신관서는 암직접치료입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제11조【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 입원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조【보험금의 지급절차】

- ① 체신관서는 제11조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.
- ③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제13조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제14조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제1항

에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.

④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제21조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조【특약내용의 변경 등】

① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 체신관서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제17조【특약의 갱신】

① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 제14조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이

고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑦ 제5항 및 제6항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제18조【특약의 소멸】

① 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항의 “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.

④ 제1항에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신판서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제12조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제12조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제19조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신판서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신판서는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 채신판서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 채신판서는 보상하여 드립니다.

③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 채신판서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 채신판서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 채신판서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 채신판서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 채신판서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 채신판서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제23조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제23조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제24조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
암직접치료 입원보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원(단, 요양병원 제외)하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원(단, 요양병원 제외)하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당, 120일 한도)	암	갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성 종양
		5만원	2만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 체신관서는 암직접치료입원보험금을 보장함에 있어 피보험자가 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원하는 경우에는 암직접치료입원보험금을 지급하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 제자리 신생물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제4항에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인 분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3, D47.4,D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표7]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
암직접치료 입원보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 체신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제12조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 요양병원암입원특약Ⅳ(20년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : [별표3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

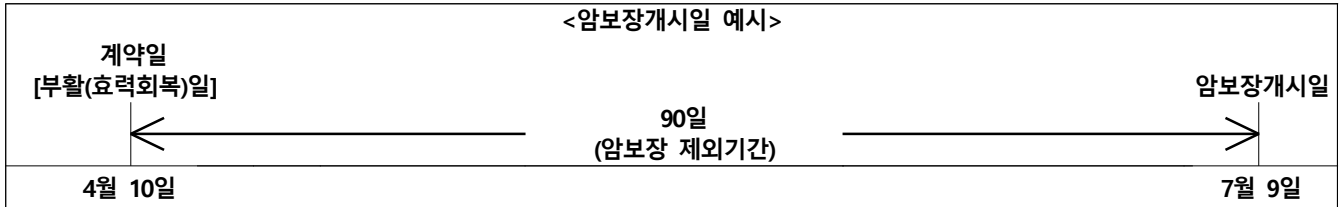
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제16조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약” 이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2[“암보장개시일”의 정의]

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신관서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

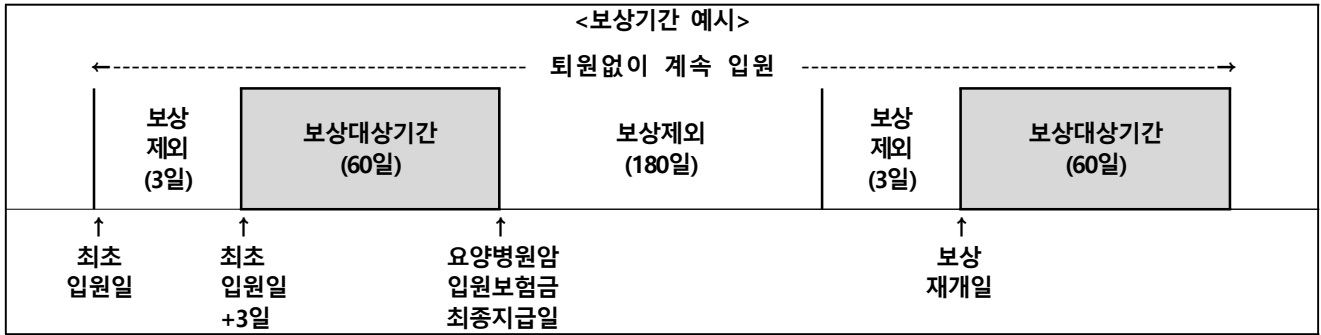
제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

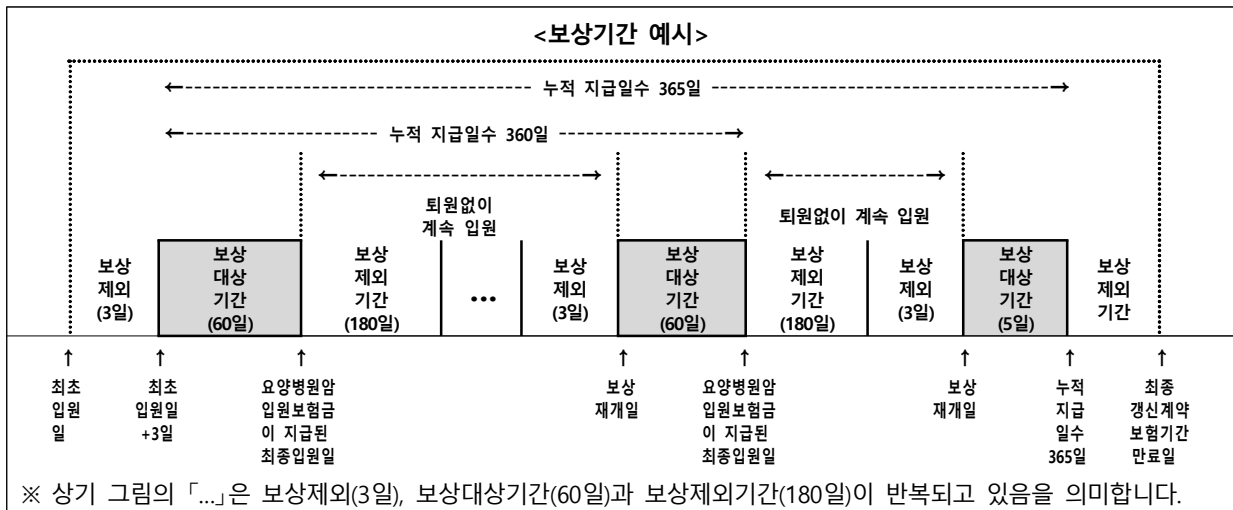
체신관서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 4일 이상 요양병원에 입원하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 4일 이상 요양병원에 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 요양병원암입원보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 요양병원암입원보험금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
- 1회 입원당 60일을 최고한도로 지급합니다.
 - 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우(이전하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다.
 - 제2호에도 불구하고 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양에 의한 입원이라도 요양병원암입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 요양병원암입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 요양병원암입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4. 제3호에도 불구하고 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양에 의한 입원의 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 요양병원암입원보험금의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과하는 경우에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 인한 요양병원암입원보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양의 최종 치료일로부터 5년이 지나는 동안 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우에는 새로운 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 보고 이 약관에 따라 보장합니다.



5. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 요양병원암입원보험금을 지급합니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 인하여 그 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
6. 제16조【특약의 갱신】에 따라 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다.
7. 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 2가지 이상의 질병을 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 요양병원암입원보험금을 지급하며 요양병원암입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원암입원보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는

그에 따릅니다.

④ 제1항에서 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 정합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

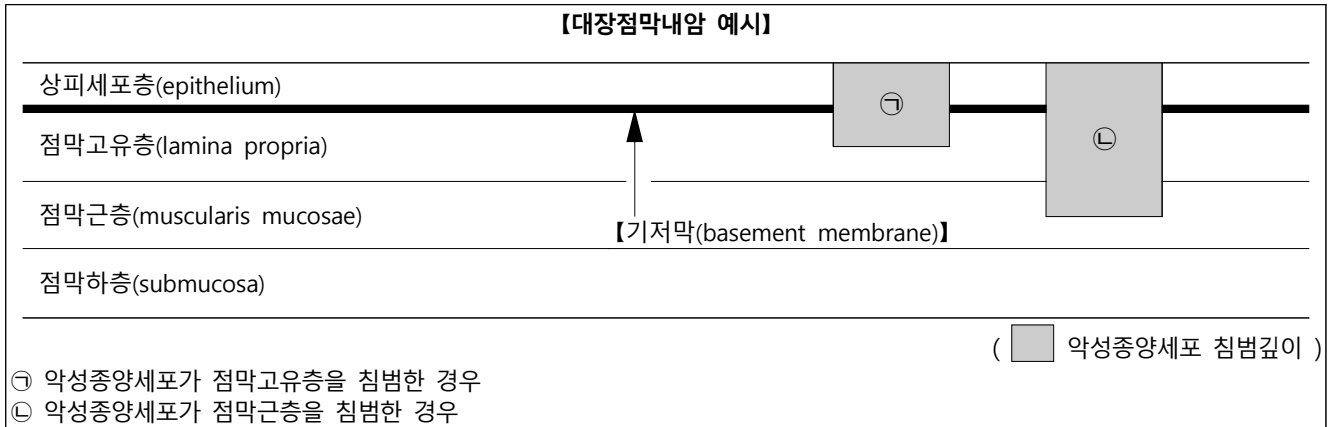
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5[제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 제자리암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 제자리암에 대한 임상학적인 진단이 제자리암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성 종양의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】

① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 체신관서는 요양병원 암입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제10조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 입원확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문

자매제지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 체신판서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신판서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신판서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신판서는 보험수익자의 청구에 따라 체신판서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신판서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신판서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신판서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제12조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제13조【특약의 성립】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신판서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 최초계약에 대한 체신판서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.

④ 체신판서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신판서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신판서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신판서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조【특약내용의 변경 등】

체신판서는 계약자가 보험기간 중 체신판서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제16조【특약의 갱신】

① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 제13조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신판서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 81세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑦ 제5항 및 제6항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제17조【특약의 소멸】

- ① 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항의 “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.
- ④ 제1항에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신판서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제11조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제18조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신판서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신판서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신판서는 보상하여 드립니다.

- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제22조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제22조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제23조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지급사유	지급액	
요양병원암 입원보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 4일 이상 요양병원에 입원하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 4일 이상 요양병원에 입원하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당, 60일 한도)	암	갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성 종양
		2만원	1만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 제자리 신생물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제4항에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인 분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표7]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
요양병원암 입원보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 암수술특약(10년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : [별표3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

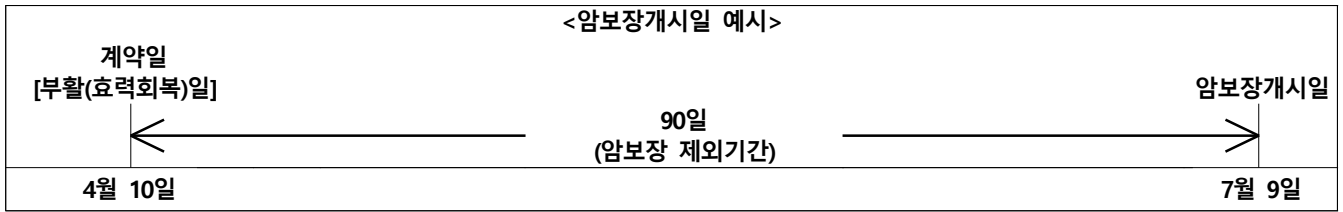
- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제16조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2【“암보장개시일”의 정의】

① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한

보장개시일은 최초계약 의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장 개시일” 이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신판서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제20조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신판서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 관혈 또는 비관혈수술을 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 관혈 또는 비관혈수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 약정한 암수술보험금을 지급합니다. (별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 암수술보험금의 경우, 피보험자가 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술에 대한 암수술보험금만 지급합니다.
- ③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률

만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

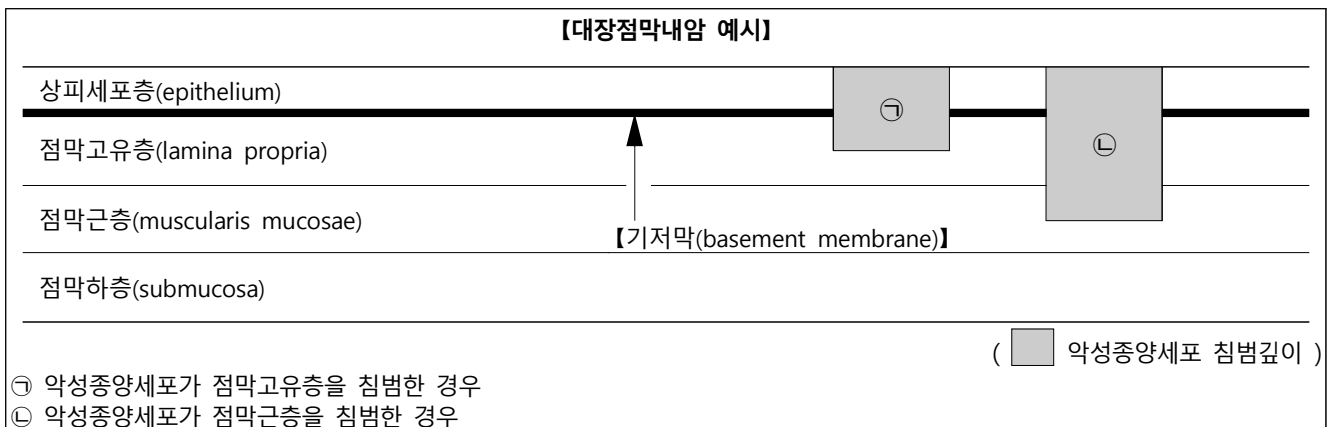
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5[제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 제자리암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 제자리암에 대한 임상학적인 진단이 제자리암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성 종양의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조【수술의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에서 의사의 관리

하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 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 말하며, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢查) 등]은 제외합니다.

② 제1항의 수술은 항암방사선치료, 항암약물치료 및 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

③ 제2항의 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

④ 제2항의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타 피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암 면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 “관혈수술”이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 대뇌내시경, 복강경하수술, 흉강경하수술은 관혈수술로 봅니다.

⑥ 이 특약에 있어서 “비관혈수술”이라 함은 내시경, 카테터(도관), 신의료비관혈수술을 말합니다.

1. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말합니다. 다만, 대뇌내시경, 복강경하수술, 흉강경하수술은 제외합니다.

2. “카테터(도관)수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말합니다. 다만, 수술의 정의에 부합하지 않는 도관을 이용한 약물주입과 중심정맥관 삽입술은 제외합니다.

3. “신의료비관혈수술”이라 함은 관혈수술 이외에 수술의 정의에 부합하고 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당 부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생하는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료를 포함합니다. 다만, 수술의 정의에 부합하지 않는 도관을 이용한 약물주입과 중심정맥관 삽입술은 제외합니다.

⑦ 제6항 제3호의 “악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생하는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료”라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

⑧ 제6항 제3호의 “두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료”라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나

보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제 3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제10조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신관서양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 수술확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조【보험금의 지급절차】

① 채신관서는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 채신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 채신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 **【고지의무 위반의 효과】**와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제12조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제13조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제5조 **【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】** 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2 **【“암보장개시일”의 정의】**에서 정한 암보장개시일로 합니다.
- ④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제19조 **【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】**에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제20조 **【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】**에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2 **【“암보장개시일”의 정의】**에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조 **【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】** 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조【특약내용의 변경 등】

- ① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 체신관서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제16조【특약의 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제13조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 91세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.
- ⑤ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑦ 제5항 및 제6항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제17조【특약의 소멸】

- ① 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항의 “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.
- ④ 제1항에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제11조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제18조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제22조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제22조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제23조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
암수술보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았을 때(수술 1회당)	300만원
	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 비관혈수술을 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 비관혈수술을 받았을 때(수술 1회당)	100만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관(별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 제자리 신생물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제4항에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인 분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3, D47.4,D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표7]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
암수술보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 체신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 암(특정암제외)다빈치로봇수술특약(5년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

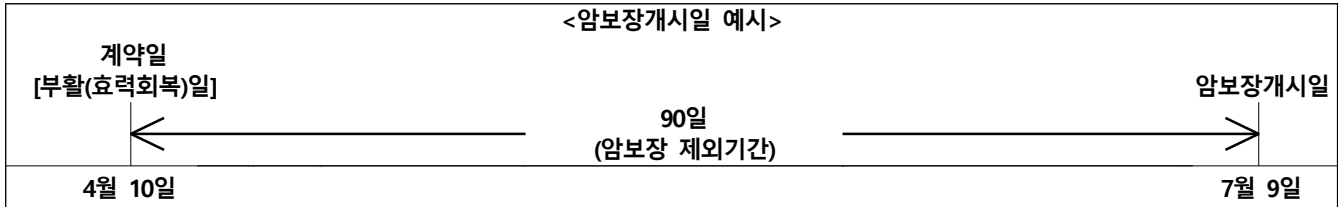
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제15조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2[“암보장개시일”의 정의]

- ① 제5조【암(특정암 제외) 및 특정암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암(특정암 제외)에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신관서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신관서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(특정암 제외)으로 진단이 확정되고 그 암(특정암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇수술을 받았을 때(단, 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 암(특정암제외)다빈치로봇수술보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

- ⑥ 제1항에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑩ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.
- ⑫ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조【암(특정암 제외) 및 특정암의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암(특정암 제외)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암 및 전립선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C61(전립선의 악성신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “특정암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(특정암 분류표)에서 정한 갑상선암 및 전립선암을 말합니다.
- ③ 암(특정암 제외) 및 특정암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암(특정암 제외) 및 특정암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【다빈치로봇수술의 정의】

① 이 특약에 있어서 “다빈치로봇수술”이라 함은 암(특정암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

의료행위	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci	QZ961

【다빈치로봇수술】

“다빈치로봇수술”이란 암(특정암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 다빈치로봇수술은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따릅니다. 다만, 이 특약 체결 시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 다빈치로봇수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 수가코드가 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 다빈치로봇수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 다빈치로봇수술을 받은 것으로 봅니다.

제7조【수술의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 암(특정암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 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 말하며, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 제외합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

체신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지

급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신관서양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 수술확인서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조【보험금의 지급절차】

① 채신관서는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표6] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 채신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 채신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제11항 및 제12항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 채신관서는 보험수익자의 청구에 따라 채신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 채신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인

끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제12조【특약의 성립】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 제5조【암(특정암 제외) 및 특정암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암(특정암 제외)에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.

④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암(특정암 제외) 및 특정암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암(특정암 제외)으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제15조【특약의 갱신】

① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

- ② 제12조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 암(특정암제외)다빈치로봇수술보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 96세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제16조【특약의 소멸】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 암(특정암제외)다빈치로봇수술보험금 지급사유가 발생하였을 경우
- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 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.
- ④ 제1항 제2호에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제10조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제18조【보험료의 납입이 연체되는

경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조 【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표6] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
암(특정암제외) 다빈치로봇 수술보험금	암보장개시일 이후에 암(특정암 제외)으로 진단이 확정되고 그 암(특정암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇수술을 받았을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 2년 미만	500만원
		보험계약일부터 2년 이상	1,000만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 갱신계약의 경우 경과기간 2년 미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암 및 전립선암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 - C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
흑색종 및 기타피부의 악성신생물	C43 - C44
종피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
음경의 악성신생물	C60
고환의 악성신생물	C62
기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물	C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 - C72
부신의 악성신생물	C74
기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
12. 골수섬유증	D47.4
13. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이 후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 전립선의 악성신생물(분류번호 C61)과 갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외합니다.
4. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물]의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표5]

특정암 분류표

약관에 규정하는 특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 전립선의 악성신생물	C61
2. 갑상선의 악성신생물	C73

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표6]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
암(특정암제외) 다빈치로봇 수술보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 특정암다빈치로봇수술특약(5년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

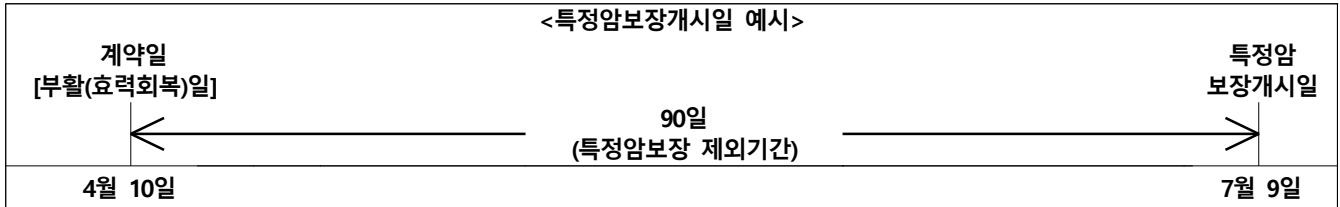
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제15조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2[“특정암보장개시일”의 정의]

- ① 제5조【특정암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 특정암에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “특정암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 특정암보장개시일로 합니다. 체신관서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 특정암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 특정암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신관서는 피보험자가 보험기간 중 특정암보장개시일 이후에 특정암으로 진단이 확정되고 그 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇수술을 받았을 때(단, 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 특정암다빈치로봇수술보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑥ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률

만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑩ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조【특정암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “특정암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(특정암 분류표)에서 정한 갑상선암 및 전립선암을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 특정암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 특정암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조【다빈치로봇수술의 정의】

① 이 특약에 있어서 “다빈치로봇수술”이라 함은 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

의료행위	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci	QZ961

【다빈치로봇수술】

“다빈치로봇수술”이란 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 다빈치로봇수술은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따릅니다. 다만, 이 특약

체결 시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가 코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 다빈치로봇수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 수가코드가 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 다빈치로봇수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 다빈치로봇수술을 받은 것으로 봅니다.

제7조【수술의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 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 인정 받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말하며, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 제외합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

체신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신판서양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 수술확인서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조【보험금의 지급절차】

- ① 체신관서는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.
- ③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제11항 및 제12항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제12조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이

투어집니다.

② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 제5조【특정암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 특정암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“특정암보장개시일”의 정의】에서 정한 특정암보장개시일로 합니다.

④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“특정암보장개시일”의 정의】에서 정한 특정암보장개시일의 전일 이전에 제5조【특정암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 특정암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제15조【특약의 갱신】

① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 제12조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 특정암다빈치로봇수술보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 96세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제16조【특약의 소멸】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 특정암다빈치로봇수술보험금 지급사유가 발생하였을 경우
- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 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.
- ④ 제1항 제2호에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제10조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 특정암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
특정암 다빈치로봇 수술보험금	특정암보장개시일 이후에 특정암으로 진단이 확정되고 그 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇수술을 받았을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 2년 미만	100만원
		보험계약일부터 2년 이상	200만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 갱신계약의 경우 경과기간 2년 미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

특정암 분류표

약관에 규정하는 특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 전립선의 악성신생물	C61
2. 갑상선의 악성신생물	C73

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
특정암 다빈치로봇 수술보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 급여암MRI촬영검사특약(5년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : [별표3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

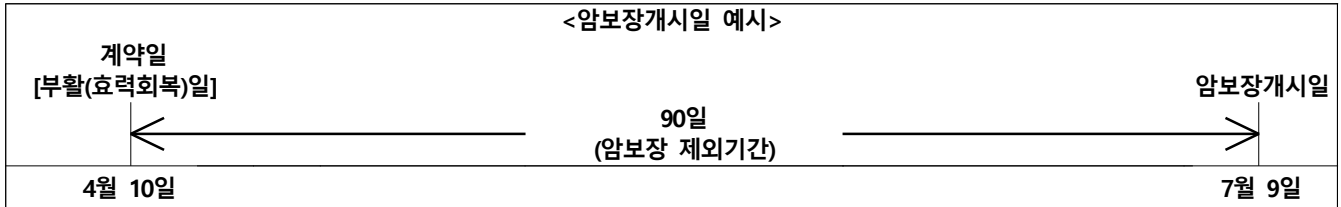
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제17조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2[“암보장개시일”의 정의]

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신관서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제21조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신관서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암의 진단 및 치료를 위해 급여 MRI촬영을 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단 및 치료를 위해 급여 MRI촬영을 받았을 때에는 보험수익자에게 약정한 급여암MRI촬영보험금을 지급합니다.(단, 연간 1회 한도)(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

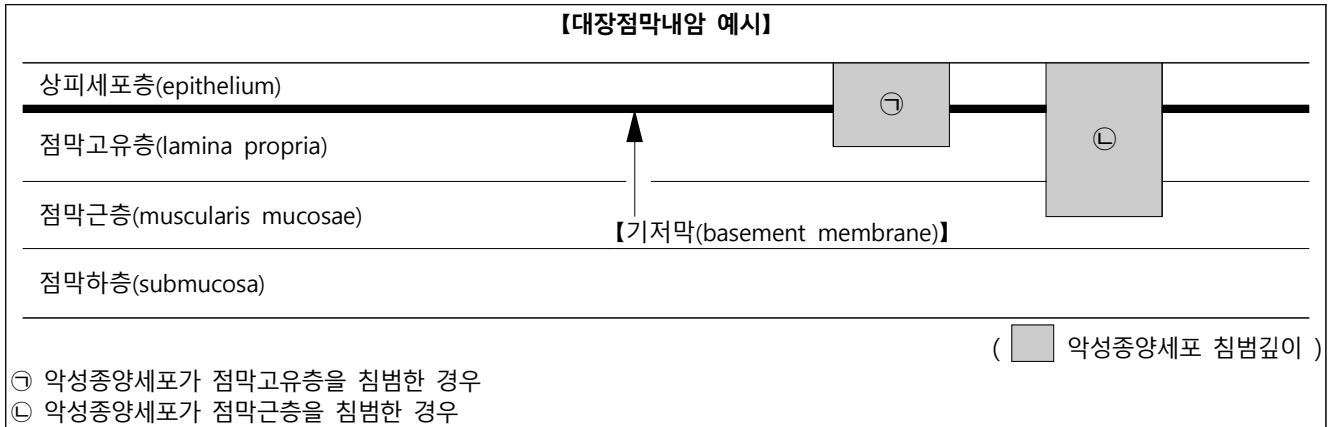
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제3조【보험금의 지급사유】에서 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 급여 MRI촬영을 받은 날로 합니다.
- ③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

- ⑥ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑫ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.
- ⑬ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조[암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【제자리암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5[제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 제자리암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 제자리암에 대한 임상학적인 진단이 제자리암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조【경계성 종양의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성 종양의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조

직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조【급여 MRI 촬영의 정의】

① 이 특약에 있어서 “급여 MRI 촬영” 이라 함은 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원 또는 의원의 의사 자격증을 가진 자(이하 “의사” 라 합니다)에 의하여 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장 점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

【자기공명영상(MRI)】

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단 하는 검사

② 제1항의 급여 MRI 촬영은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료 행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특약 체결 시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 제3조【보험금의 지급사유】의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급사유 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 급여 MRI 촬영은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

제9조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제8조【급여 MRI 촬영의 정의】에서 정한 “급여 MRI 촬영” 이 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령(이하 “법령” 이라 합니다) 등의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 체신관서는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 “급여 MRI 촬영” 이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 “급여 MRI 촬영” 의 변경으로 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 체신관서의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유가 있는 경우

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

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 체신관서는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및

책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

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

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

⑦ 갱신계약의 경우에도 제1항에서 제6항의 규정을 준용합니다.

제10조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제11조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신판서양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDD)” 필수 기재), 소견서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조【보험금의 지급절차】

① 채신판서는 제11조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 채신판서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신판서가 추정

하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제13조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제14조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.
- ④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제21조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이

이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조【특약내용의 변경 등】

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제17조【특약의 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제14조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 96세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.
- ⑤ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑦ 제5항 및 제6항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제18조【특약의 소멸】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 기간이 1년 미만일 때 피보험자에게 제3조【보험금의 지급 사유】의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 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.
- ④ 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 해당 사유가 발생한 시점의 책임준비금을 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신판서가 적립하여 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제12조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제12조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제19조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신판서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신판서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신판서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제23조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제23조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표7] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제24조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
급여암MRI 촬영보험금	암보장개시일 이후에 암의 진단 및 치료를 위해 급여 MRI촬영을 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단 및 치료를 위해 급여 MRI촬영을 받았을 때(단, 연간 1회 한도)	보험계약일부터 1년미만	5만원
		보험계약일부터 1년이상	10만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없거나, 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 당시의 책임준비금 또는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 갱신계약의 경우 경과기간 1년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

제자리 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 제자리 신생물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제4항에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인 분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표7]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
급여암MRI촬영보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제12조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 급여양전자단층촬영(PET)검사특약(5년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 질병 또는 재해 : [별표4] 질병 및 재해분류표에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제13조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

채신관서는 피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해의 진단 및 치료를 위해 급여 양전자단층촬영(PET)을 받았을 때에는 보험수익자에게 약정한 급여양전자단층촬영(PET)보험금을 지급합니다.(단, 연간 1회 한도)(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제3조【보험금의 지급사유】에서 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 급여양전자단층촬영(PET)을 받은 날로 합니다.
- ③ 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제1항에서 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑫ 보험수익자와 채신관서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 채신관서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조【급여 양전자단층촬영(PET)의 정의】

① 이 특약에 있어서 “급여 양전자단층촬영(PET)” 이라 함은 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원 또는 의원의 의사 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 양전자단층촬영(PET)을 하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 급여 양전자단층촬영(PET)은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 양전자단층촬영(PET)분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특약 체결 시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

【양전자단층촬영(PET)】

양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

③ 제2항에도 불구하고 제3조【보험금의 지급사유】의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급사유 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 급여 양전자단층촬영(PET)은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

제6조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제5조【급여 양전자단층촬영(PET)의 정의】에서 정한 “급여 양전자단층촬영(PET)” 이 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다) 등의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 체신판서는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정으로 “급여 양전자단층촬영(PET)” 이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정으로 “급여 양전자단층촬영(PET)” 의 변경으로 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 체신판서의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유가 있는 경우

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

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 체신권서는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 갱신계약의 경우에도 제1항에서 제6항의 규정을 준용합니다.

제7조【보험금을 지급하지 않는 사유】

체신권서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제8조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신권서양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조【보험금의 지급절차】

① 체신권서는 제8조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 체신권서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지

못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신판서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 채신판서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 채신판서는 보험수익자의 청구에 따라 채신판서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 채신판서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 채신판서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 채신판서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제10조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제11조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 채신판서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초계약에 대한 채신판서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 채신판서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조【특약내용의 변경 등】

채신판서는 계약자가 보험기간 중 채신판서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제13조【특약의 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제11조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 채신판서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 96세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.
- ⑤ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑦ 제5항 및 제6항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제14조【특약의 소멸】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 기간이 1년 미만일 때 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 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.
- ④ 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 해당 사유가 발생한 시점의 책임준비금을 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 채신판서가 적립하여 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제9조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제9조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제19조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제20조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
급여양전자단층촬영(PET)보험금	보험기간 중 질병 또는 재해의 진단 및 치료를 위해 급여 양전자단층촬영(PET)을 받았을 때(단, 연간 1회 한도)	보험계약일부터 1년미만	5만원
		보험계약일부터 1년이상	10만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없거나, 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 당시의 책임준비금 또는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 재해를 직접적인 원인으로 급여양전자단층촬영(PET)보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 경과기간 1년미만의 보험금 금액은 적용하지 않습니다.
4. 갱신계약의 경우 경과기간 1년미만의 보험금 금액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제9차 개정 이후 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병 및 재해 여부는 피보험자에게 해당 질병 및 재해가 발생(진단)한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 1. 보장대상이 되는 질병 및 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
급여양전자단층촬영(PET)보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 체신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제9조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 특정항암호르몬약물허가치료특약(5년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : [별표3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

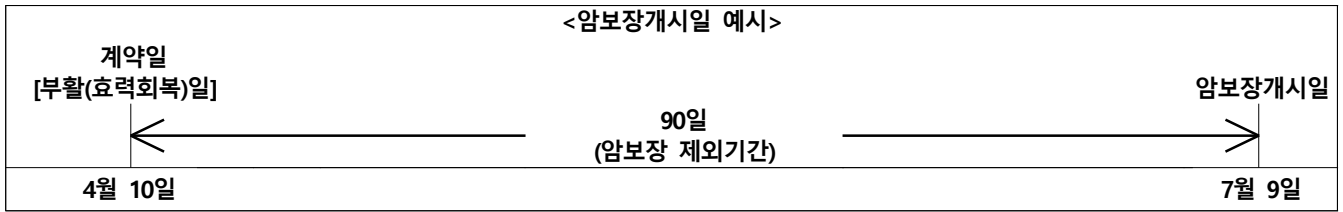
- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제15조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2【“암보장개시일”의 정의】

① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한

보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신관서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

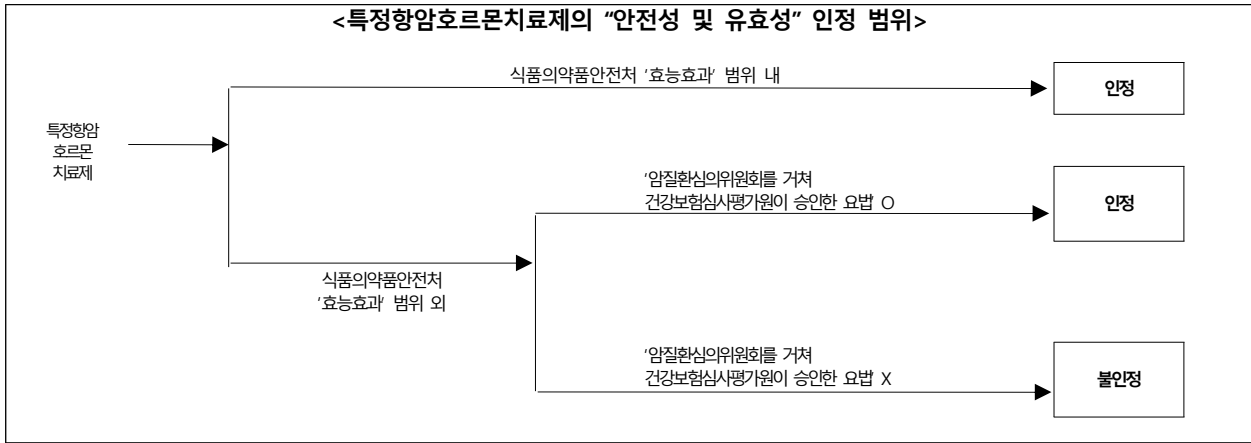
제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

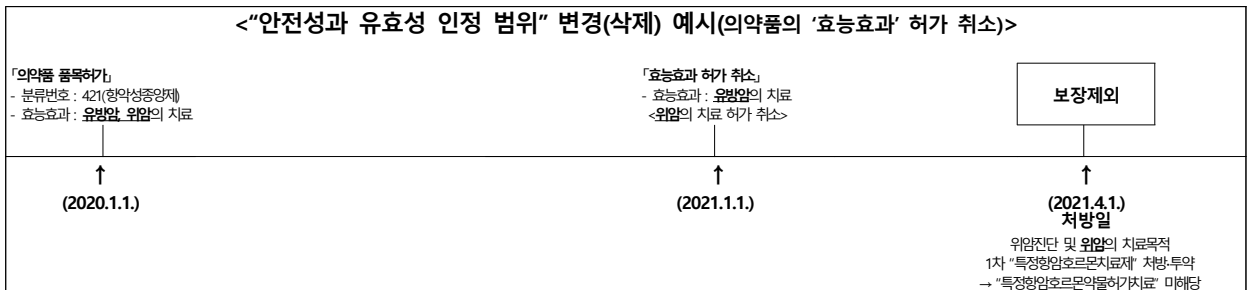
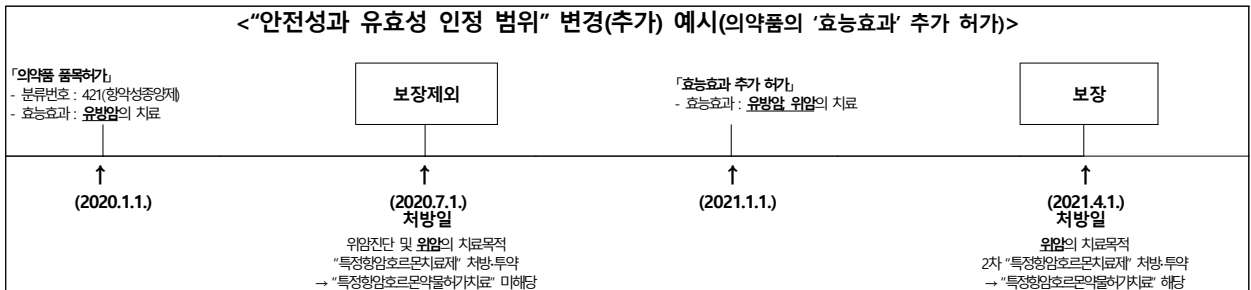
체신관서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되고 그 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료를 받았을 때(단, 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 특정항암호르몬약물허가치료보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료보험금은 특정항암호르몬치료제를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.



③ 제3조【보험금의 지급사유】의 “특정항암호르몬약물허가치료를 받았을 때” 라 함은 “특정항암호르몬치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자 기준을 합니다. 다만, 제7조【특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의】 제3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



④ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.

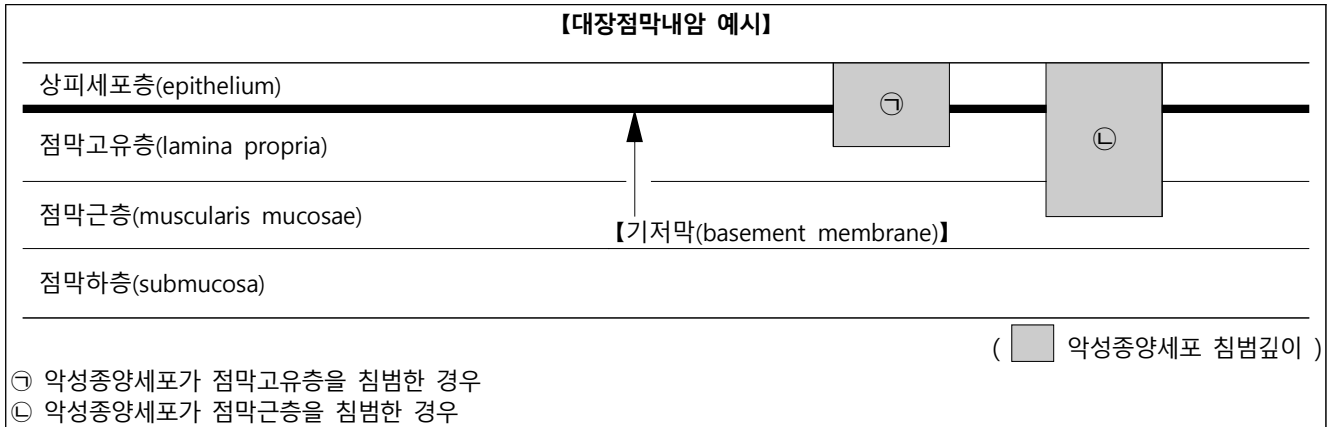
⑥ 제4항 및 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

- ⑧ 제1항에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑨ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑫ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑬ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.
- ⑭ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【항암약물치료의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노마, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조【특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의】

① 이 특약에 있어서 “특정항암호르몬치료제”라 함은 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【“특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명 안내】

“특정항암호르몬치료제”에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2020년 9월 기준 “특정항암호르몬치료제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [부록]에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 참조하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 “특정항암호르몬약물허가치료”라 함은 제6조【항암약물치료의 정의】에서 정한

항암약물치료 중 의료법 제3조【의료기관】에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 **특정항암호르몬치료제를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.**

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건 의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【“안전성과 유효성 인정 범위” 확인 방법】

- 식품의약품안전처에서 허가 내 ‘효능효과’ 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처에서 허가 외 ‘효능효과’, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’ 확인
: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 특정항암호르몬치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 특정항암호르몬치료제 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신판서양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등)
3. 특정항암호르몬약물허가치료증명서

가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(체신관서양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호 및 제3호의 서류는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 조사가 확인이 지연되는 경우

6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제13항 및 제14항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제12조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.
- ④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제15조【특약의 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제12조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전

까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 96세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제16조【특약의 소멸】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 특정항암호르몬약물허가치료보험금 지급사유가 발생하였을 경우

② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 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.

④ 제1항 제2호에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제10조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제18조【보험료의 납입이 연체되는

경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부턴 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조 【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
특정항암호르몬 약물허가 치료보험금	암보장개시일 이후에 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되고 그 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료를 받았을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	25만원
		보험계약일부터 1년이상	50만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 갱신계약의 경우 경과기간 1년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
특정항암호르몬 약물허가치료 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

[부록1]

“특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명

① 아래 “특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2020년 9월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “특정항암호르몬치료제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

[의약품명과 성분명]

- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “특정항암호르몬치료제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정 250 밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
		자이티가정 500 밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	에이텍스정(아나스트로졸)
		아리미텍스정(아나스트로졸)
		테바아나스트로졸정 1 밀리그램
		아트로졸정(아나스트로졸)
		페미젯정 1 밀리그램(아나스트로졸)
		아나스토정(아나스트로졸)
3	비칼루타미드 bicalutamide	카소텍스정(비칼루타마이드)
		비카텍스정(비칼루타마이드)50 밀리그램
		비카루드정
		칼루타미정 150 밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정 50 밀리그램(비칼루타미드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카텍스정(비칼루타미드)
		카소비트(비칼루타미드)
		프로세이드정(비칼루타미드)
		프로카텍스정(비칼루타마이드)
		프로칼린정 50 밀리그램(비칼루타미드)
		테바비칼루타마이드정 50 밀리그램
4	다로루타미드 darolutamide	뉴베카정 300 밀리그램(다로루타마이드)
5	데가렐릭스 degarelix	퍼마곤주 80 밀리그램(데가렐릭스)
		퍼마곤주 120 밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타미드 enzalutamide	엑스탄디엔질캡슐 40mg(엔잘루타마이드)
7	에스트라머스틴 estramustine	에스트라시트캡슐 140 밀리그램 (에스트라머스틴인산나트륨수화물)
8	엑스메스탄 exemestane	아로마신정 25mg(엑스메스탄)
9	풀베스트란트 fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
10	고세렐린 goserelin	줄라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		줄라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
11	레트로졸 letrozole	페마라정(레트로졸)
		레나라정(레트로졸)
		트로젯정 2.5 밀리그램(레트로졸)
		레트론정(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		파누엘정 2.5 밀리그램(레트로졸)
		테바레트로졸정 2.5 밀리그램
12	류프로렐린 leuporelin(leuprolide)	루피어데포주 3.75 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주 45 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주 30 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주 22.5 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주 7.5 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주 3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주 3.75 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주 11.25 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주 22.5 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
13	메드록시프로게스테론 medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
14	타목시펜 tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정 20 밀리그램(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정 10 밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정 20 밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타목센정
15	토레미펜 toremifene	화레스톤정 40 밀리그램(토레미펜시트르산염)
16	트립토렐린 triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)
		데카펩틸주 0.1 밀리그램(트립토렐린아세트산염)
		디페렐린피알 3.75 밀리그램주(초산트립토렐린)
		디페렐린피알주 11.25 밀리그램(파모산트립토렐린)
		디페렐린에스알주 22.5 밀리그램(트립토렐린파모산염)
17	메게스트롤 megestrol	메게시아정 40mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정 160mg(메게스트롤아세테이트)
		네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트)
		애피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메가프렉스정 40 밀리그램(초산메게스트롤)
		메가프렉스정 160 밀리그램(초산메게스트롤)

무배당 항암정위적방사선치료특약(5년갱신형) 2406 약관

이 특약의 약관은 「무배당 항암정위적방사선치료특약(5년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : [별표3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

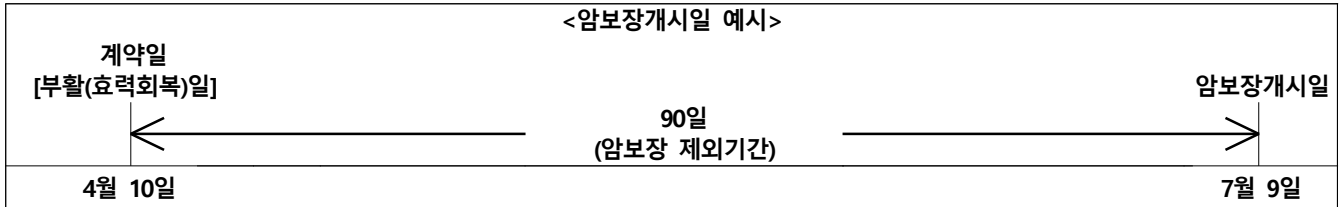
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제15조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약” 이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2[“암보장개시일”의 정의]

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약 의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신관서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신관서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암정위적방사선치료를 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 항암정위적방사선치료를 받았을 때(단, 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암 중 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 항암정위적방사선치료보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

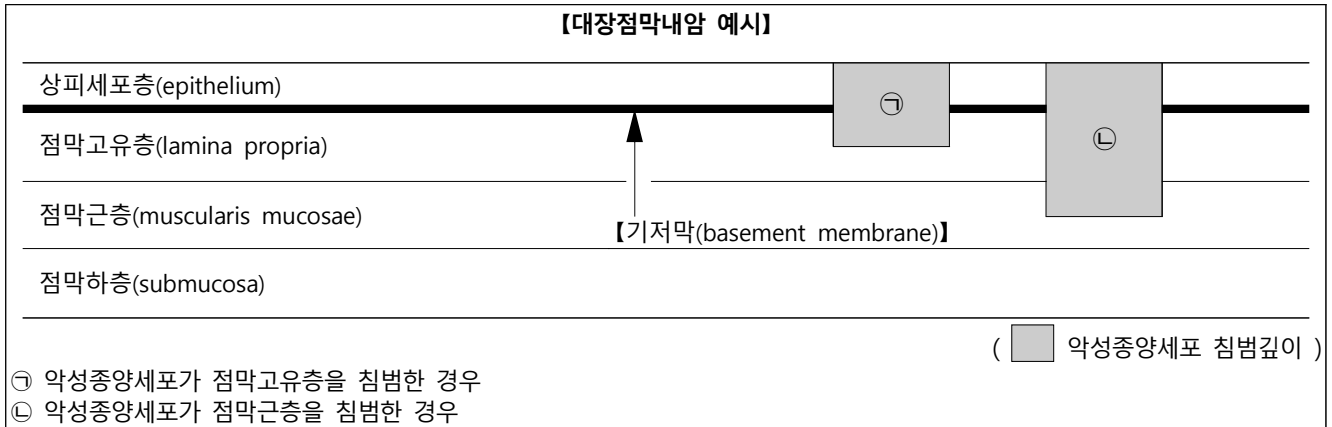
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제1항에서 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 정합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

- ⑥ 제1항에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑩ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.
- ⑫ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조[암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세포암 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【항암방사선치료의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조【항암정위적방사선치료의 정의】

이 특약에 있어서 “항암정위적방사선치료”라 함은 제6조【항암방사선치료의 정의】에서 정한 항암방사선치료 중 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 최첨단 특수장비(선형가속기, 사이버나이프, 감마나이프 등)가 발생시키는 방사선을 이용하여 두개강 내 및 두경부 내의 병소 치료 시 두개골을 잘라내지 않고 매우 정확하게 정위적(입체적)으로 파괴시키는 비침습적인 치료방법과 뇌 이외의 체부 병변에 다수에 걸쳐 한번에 많은 양의 방사선을 조사하는 치료방법을 말합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신권서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신권서양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서, 진단서(병명기입), 항암방사선치료증명서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조【보험금의 지급절차】

① 채신권서는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 채신권서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신권서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 채신권서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제11항 및 제12항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제12조【특약의 성립】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.

④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

채신판서는 계약자가 보험기간 중 채신판서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제15조【특약의 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제12조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 채신판서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 항암정위적방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 96세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제16조【특약의 소멸】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 항암정위적방사선치료보험금 지급사유가 발생하였을 경우
- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 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.
- ④ 제1항 제2호에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 채신판서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제10조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 압보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
항암정위적 방사선 치료보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암정위적방사선치료를 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타 피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 항암정위적방사선치료를 받았을 때(단, 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암 중 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 2년미만	500만원
		보험계약일부터 2년이상	1,000만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 갱신계약의 경우 경과기간 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
항암정위적 방사선 치료보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 함양양성자방사선치료특약(5년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

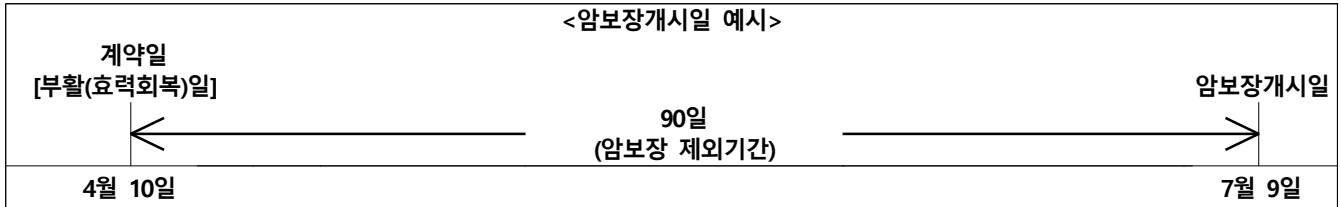
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제15조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약” 이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2[“암보장개시일”의 정의]

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약 의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신관서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신관서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료를 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료를 받았을 때(단, 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암 중 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 항암양성자방사선치료보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑥ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률

만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑩ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

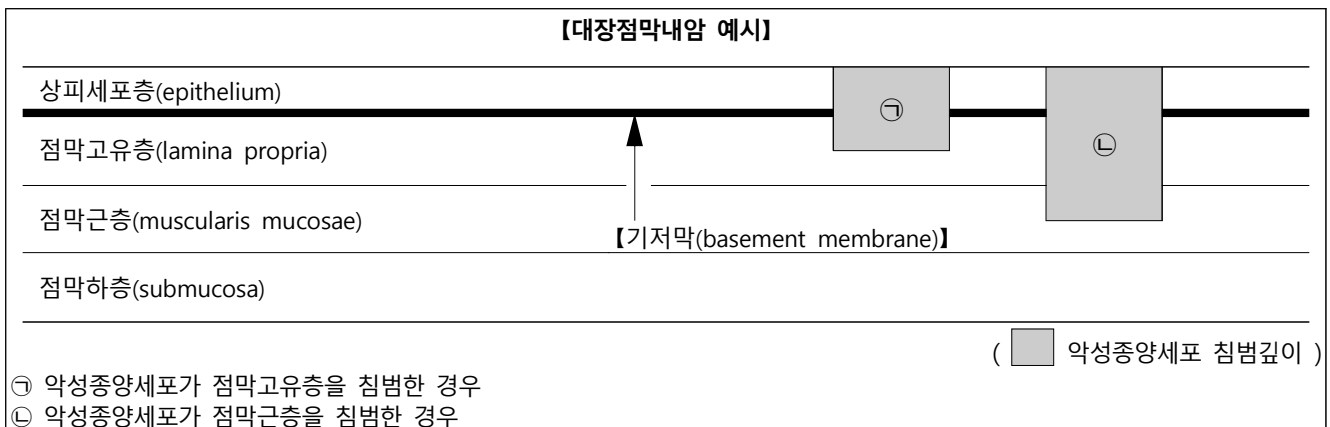
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세포암 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【항암방사선치료의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조【항암양성자방사선치료의 정의】

이 특약에 있어서 “항암양성자방사선치료”라 함은 제6조【항암방사선치료의 정의】에서 정한 항암방사선치료 중 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 국내에 허가된 양성자치료센터에서 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 항암방사선치료를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

체신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지

급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 항암방사선치료증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제11항 및 제12항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제12조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.
- ④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제15조【특약의 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제12조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 항암양성자방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 96세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제16조【특약의 소멸】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 항암양성자방사선치료보험금 지급사유가 발생하였을 경우
- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 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.
- ④ 제1항 제2호에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제10조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신판서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신판서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신판서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신판서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신판서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신판서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함

합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
항암양성자 방사선 치료보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료를 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료를 받았을 때(단, 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암 중 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 2년미만	500만원
		보험계약일부터 2년이상	1,000만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
 3. 갱신계약의 경우 경과기간 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
항암양성자 방사선 치료보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 항암세기조절방사선치료특약(5년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

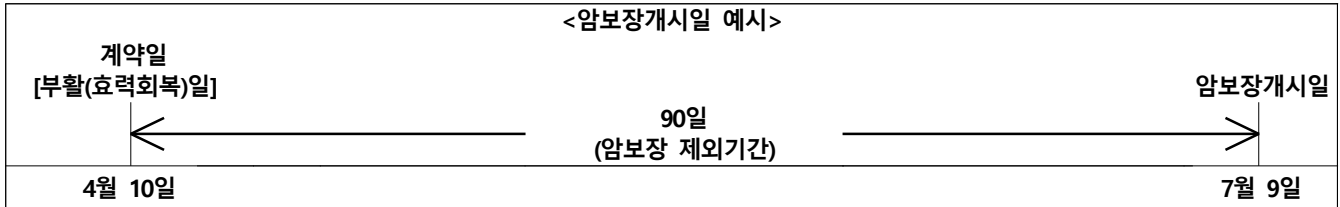
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제15조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약” 이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2[“암보장개시일”의 정의]

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약 의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신권서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신권서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받았을 때(단, 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암 중 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 항암세기조절방사선치료보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제1항에서 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 정합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑥ 제1항에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률

만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑩ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

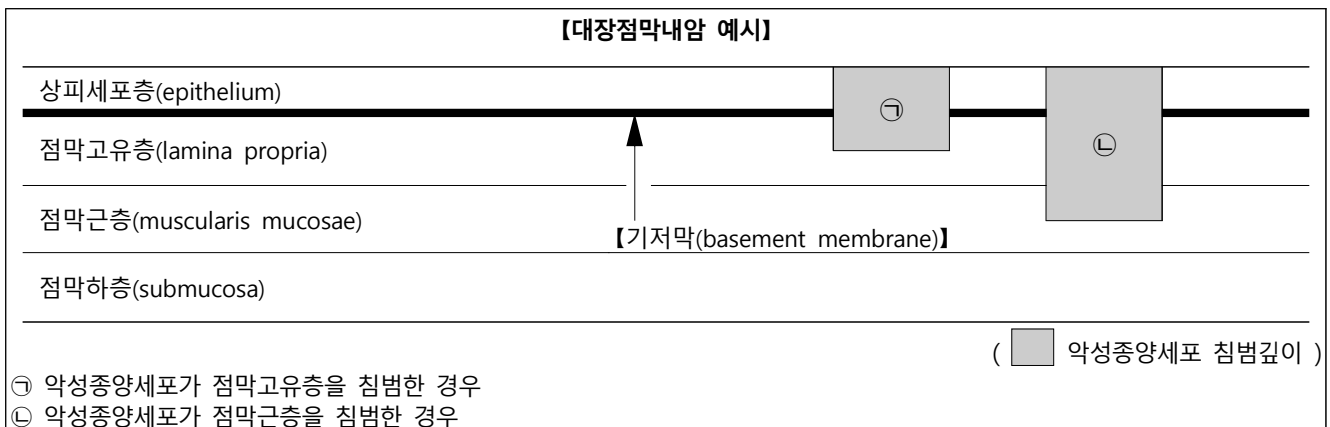
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【항암방사선치료의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조【항암세기조절방사선치료의 정의】

이 특약에 있어서 “항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)”라 함은 제6조【항암방사선치료의 정의】에서 정한 항암방사선치료 중 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 세기조절 방사선치료법(방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료)을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 항암방사선치료를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신관서양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 항암방사선치료증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조【보험금의 지급절차】

① 채신관서는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 채신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 채신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제11항 및 제12항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 채신관서는 보험수익자의 청구에 따라 채신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 채신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인

끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제12조【특약의 성립】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.

④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제15조【특약의 갱신】

① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 제12조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되

는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 항암세기조절방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 96세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제16조【특약의 소멸】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 항암세기조절방사선치료보험금 지급사유가 발생하였을 경우

② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 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.

④ 제1항 제2호에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제10조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신판서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신판서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신판서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신판서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신판서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신판서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신판서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을

청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
항암 세기조절 방사선 치료보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받았을 때(단, 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암 중 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 2년미만	500만원
		보험계약일부터 2년이상	1,000만 원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
 3. 갱신계약의 경우 경과기간 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
항암세기조절 방사선 치료보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 표적항암약물허가치료특약Ⅲ(5년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : [별표3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

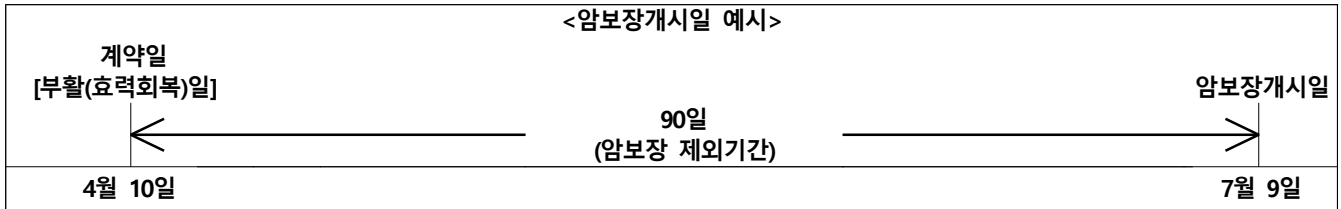
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제15조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2【“암보장개시일”의 정의】

- ① 제5조 【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약 의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일” 이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신관서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제19조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

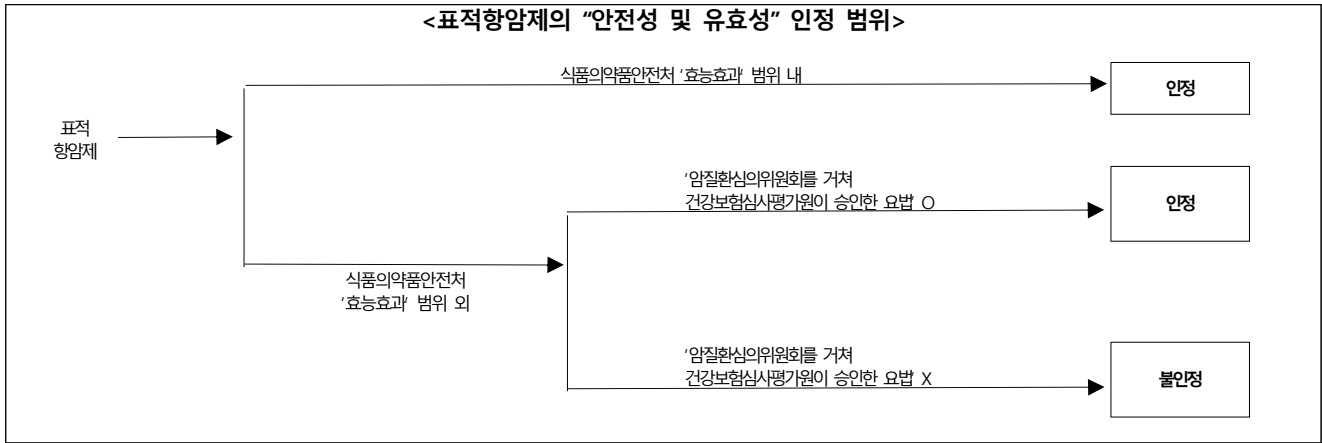
제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

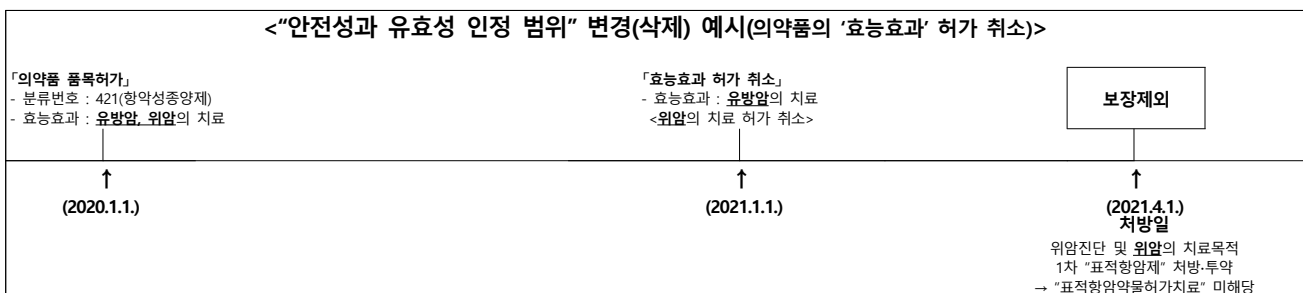
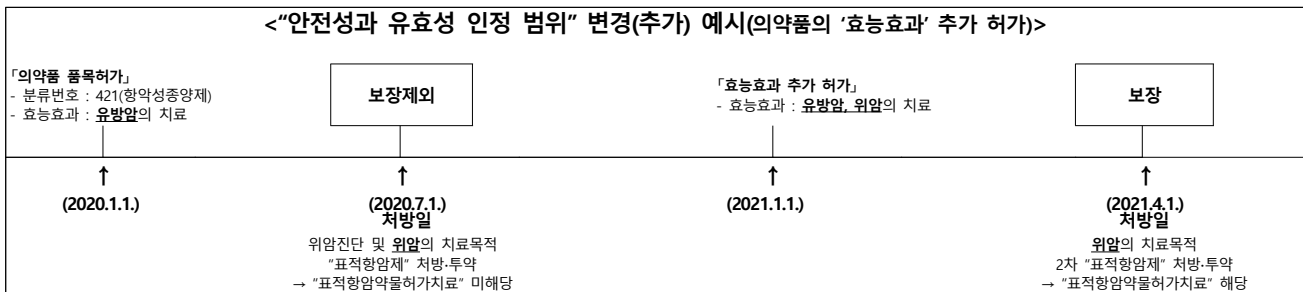
체신관서는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받았을 때(단, 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암 중 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 표적항암약물허가치료보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제3조 【보험금의 지급사유】에서 정한 표적항암약물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.



③ 제3조【보험금의 지급사유】의 “표적항암약물허가치료를 받았을 때” 라 함은 “표적항암제” 를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제7조【표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의】제3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위” 가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



④ 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제1항에서 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 정합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한

장해지급률과 최초 장애의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑫ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 체신관서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신관서가 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 체신관서가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 체신관서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신관서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

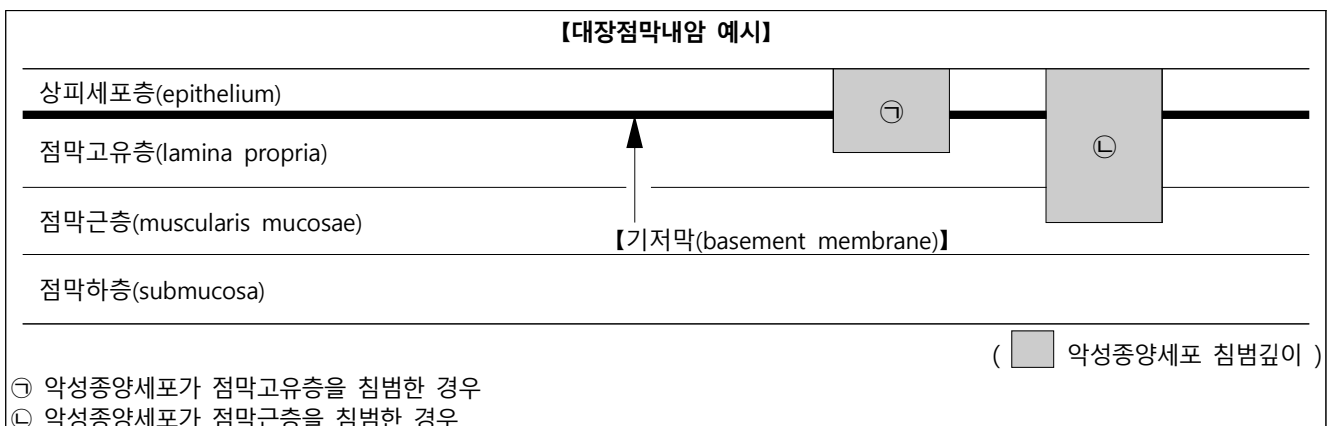
제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에

의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제6조【항암약물치료의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조【표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의】

① 이 특약에 있어서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 421(항악성종양제)(예규 개정예에 따라 분류번호가 변경되는 경우 항악성종양제에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 표적항암제의 범위에서 제외됩니다.

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

[세포독성 항암제]

세포독성 항암제란, 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

[생물학적 반응 조절제]

생물학적 반응 조절제란, 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

[“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내]

“표적항암제”에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2020년 11월 기준 “표적항암제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [부록]에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 참조하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 제6조【항암약물치료의 정의】에서 정한 항암

약물치료 중 의료법 제3조【의료기관】에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 압, 감상선압, 기타피부압 또는 대장점막내압의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 **표적항암제**를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건 의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【“안전성과 유효성 인정 범위” 확인 방법】

- 식품의약품안전처에서 허가 내 ‘효능효과’ 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처에서 허가 외 ‘효능효과’, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’ 확인
: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 표적항암제 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신관서양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등)
3. 표적항암약물허가치료증명서

가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(채신관서양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호 및 제3호의 서류는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제13항 및 제14항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제12조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.
- ④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

- ① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 체신관서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제15조【특약의 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제12조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전

까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

⑤ 제1항 및 제4항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 96세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제16조【특약의 소멸】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험기간 중 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생하였을 경우

② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 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.

④ 제1항 제2호에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제10조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환

금급대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조 【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
표적항암 약물허가 치료보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타 피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물 허가치료를 받았을 때(단, 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암 중 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 2년미만	2,000만원
		보험계약일부터 2년이상	4,000만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 갱신계약의 경우 경과기간 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관(별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
표적항암약물 허가치료보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

[부록1]

“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명

① 아래 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2020년 11월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “표적항암제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

【의약품명과 성분명】

- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “표적항암제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 afibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오텍정20밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오텍정30밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오텍정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙) 인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조미프삼합체 bortezomib	벨조미주1밀리그램(보르테조미프삼합체) 벨조미주3.5밀리그램(보르테조미프삼합체) 벨케이드주(보르테조미프삼합체) 벨킨주2.5밀리그램(보르테조미프삼합체) 벨킨주3.5밀리그램(보르테조미프삼합체) 보테벨주3.5밀리그램(보르테조미프삼합체) 테조민주2.5밀리그램(보르테조미프삼합체) 테조민주3.5밀리그램(보르테조미프삼합체) 테조벨주(보르테조미프삼합체) 프로테조미주(보르테조미프삼합체) 프로테조미주2.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙) 카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙) 카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조미프 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조미프) 키프롤리스주60밀리그램(카르필조미프)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)
10	크리조티닙 crizotinib	젤코리캡슐200밀리그램(크리조티닙) 젤코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염) 라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
12	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정20밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정50밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정70밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
13	엘로티닙염산염 erlotinib	엘로써타정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로써타정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용) 엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정25밀리그램(엘로티닙염산염) 타세원정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타세원정150밀리그램(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
14	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스) 아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스) 아피니토정5밀리그램(에베로리무스) 에리니토정10mg(에베로리무스) 에리니토정5밀리그램(에베로리무스)(5mg/1정) 에베로즈정 10밀리그램 에베로즈정 2.5밀리그램 에베로즈정 5밀리그램
15	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브) 스펙사정250밀리그램(게피티니브) 이레사정(게피티니브) 이레티닙정250밀리그램(게피티니브) 이레피논정(게피티니브) 제피티닙정(게피티니브)
16	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
17	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염) 글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염) 루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염) 루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염) 류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염) 류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염) 유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)(수출용) 이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염) 이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염) 이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염) 이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염) 제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염) 제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염) 케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염) 케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
18	익사조립시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조립시트레이트) 닌라로캡슐3밀리그램(익사조립시트레이트) 닌라로캡슐4밀리그램(익사조립시트레이트)
19	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙티토실레이트)
20	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염) 렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
21	닐로티닙 염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물) 타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물) 타시그나캡슐50밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)_(55.15mg/1캡슐)
22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립) 린파자정 100밀리그램(올라파립) 린파자정 150밀리그램(올라파립)
23	올무티닙 염산염일수화물 olmutinib	올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물) 올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
24	오시메티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시메티닙메실산염) 타그리소정80밀리그램(오시메티닙메실산염)
25	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립) 입랜스캡슐125mg(팔보시클립) 입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
26	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염) 보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
27	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염) 아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
28	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염) 슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
31	소라페닙티토실레이트 (미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙티토실레이트(미분화))
32	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
33	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
34	트라메티닙 디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드) 매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
35	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙) 카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
36	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
37	비스모데깁 vismodegib	에리벤티캡슐150밀리그램(비스모데깁)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
38	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐10mg(레날리도마이드) 레날도캡슐15mg(레날리도마이드) 레날도캡슐20mg(레날리도마이드) 레날도캡슐25mg(레날리도마이드) 레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드) 레날리드정(레날리도마이드) 레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드) 알보젠레날리도마이드캡슐5밀리그램 알보젠레날리도마이드캡슐10밀리그램 알보젠레날리도마이드캡슐15밀리그램 알보젠레날리도마이드캡슐25밀리그램
39	보리노스타트 vorinostat	줄린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
40	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙) 알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙) 알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
41	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
42	니라파립 토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
43	퍼투주맵 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맵)
44	트라스투주맵엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맵엠탄신) 캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맵엠탄신)
45	트라스투주맵 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맵) 허셉틴주150밀리그램(트라스투주맵)(단클론항체, 유전자재조합) 오기브리주150mg 허셉틴주440밀리그램(트라스투주맵) 허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맵) 허쥬마주150mg(트라스투주맵)(단클론항체, 유전자재조합) 허쥬마주440mg(트라스투주맵)(단클론항체, 유전자재조합)
46	올라라투맵 olaratumab	라트루보주10밀리그램/밀리리터(올라라투맵, 유전자재조합)
47	오비누투주맵 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맵, 유전자재조합)
48	엘로투주맵 elotuzumab	엠폴리시티주300밀리그램(엘로투주맵, 유전자재조합) 엠폴리시티주400밀리그램(엘로투주맵, 유전자재조합)
49	실톡시맵 siltuximab	실반트주100밀리그램(실톡시맵, 유전자재조합) 실반트주400밀리그램(실톡시맵, 유전자재조합)
50	세톡시맵 cetuximab	얼비톡스주5mg/mL(세톡시맵)
51	블리나투모맵 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램(블리나투모맵, 유전자재조합)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
52	브렌독시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌독시맙베도틴)
53	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
54	리톡시맙 rituximab	맵테라주(리톡시맙)(단클론항체, 유전자재조합) 맵테라피하주사(리톡시맙)(유전자재조합) 트록시마주(리톡시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
55	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라무시루맙, 유전자재조합)
56	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
57	아테졸리주맙 atezolizumab	티센트릭주(아테졸리주맙)
58	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙, 유전자재조합) 옵디보주100mg(니볼루맙, 유전자재조합) 옵디보주240mg(니볼루맙, 유전자재조합)
59	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙, 유전자재조합)
60	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램 탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드) 탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드) 탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드) 탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
61	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
62	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합) 여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
63	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
64	이노투주맙 오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
65	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
66	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립) 버제니오정100밀리그램(아베마시클립) 버제니오정150밀리그램(아베마시클립) 버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
67	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
68	길테리티닙푸마르산염 gilteritinib	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
69	다코미티닙 dacomitinib hydrate	비짐프로정15밀리그램(다코미티닙수화물) 비짐프로정45밀리그램(다코미티닙수화물) 비짐프로정30밀리그램(다코미티닙수화물)
70	리보시클립 ribociclib	키스칼리정 200밀리그램(리보시클립수신산염)
71	엔트렉티닙 entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙) 로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
72	라로트렉티닙 larotrectinib	비트락비엑(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염)

이 특약의 약관은 「무배당 급여암재활치료특약(5년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

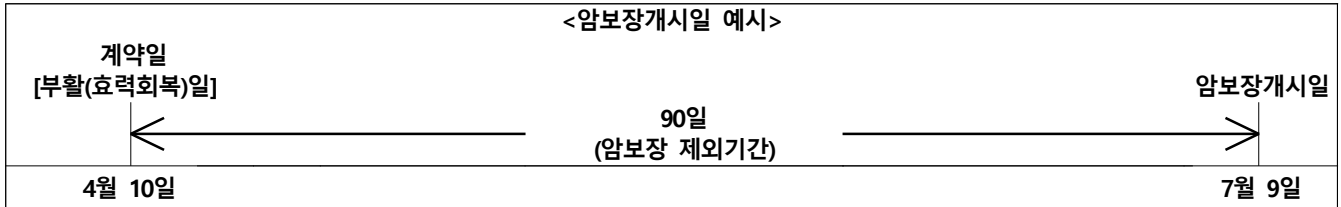
- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제18조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2[“암보장개시일”의 정의]

- ① 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약 의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 체신권서는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제22조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따른 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]을 암보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

체신권서는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

1. 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되고 그 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 통증완화를 목적으로 급여암특정통증완화치료를 받았거나, 보험기간 중 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 대장점막내암의 통증완화를 목적으로 급여암특정통증완화치료를 받았을 때(단, 연간 1회 한도) : 급여암특정통증완화치료보험금
2. 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 급여암특정재활치료(기본물리치료, 단순재활치료, 전문재활치료 및 기타의학요법)를 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 급여암특정재활치료(기본물리치료, 단순재활치료, 전문재활치료 및 기타의학요법)를 받았을 때(단, “기본물리치료”, “단순재활치료”, “전문재활치료 및 기타의학요법” 각각 1일 1회, 연간 10회 한도) : 급여암특정재활치료보험금

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제3조【보험금의 지급사유】에서 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 급여암특정통증완화치료 및 급여암특정재활치료를 받은 날로 합니다.
- ③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상

태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】

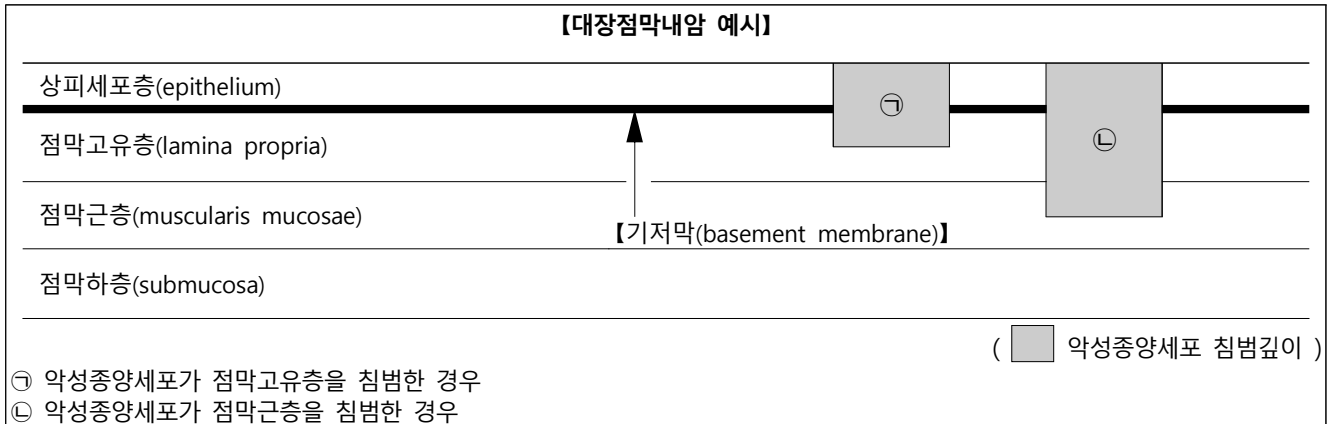
① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층

(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 암, 갑상선암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 대장점막내암에 대한 임상학적인 진단이 대장점막내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세포암 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제6조【급여 암 특정통증완화치료의 정의】

① 이 특약에 있어서 “급여 암 특정통증완화치료”라 함은 피보험자의 진단확정 된 암(갑상선암, 기타 피부암 및 대장점막내암 제외) 또는 대장점막내암의 통증 완화를 목적으로 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 급여 신경차단술

급여 신경차단술이라 함은 [별표5] “급여 신경차단술 분류표”에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여신경차단술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

2. 급여 신경파괴술

급여 신경과괴술이라 함은 [별표6] “급여 신경과괴술 분류표”에 해당 하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여신경과괴술 인정기준”이라 한다)를 말합니다.

3. 급여 마약성 진통제 연간 30일 이상 처방

가. 급여 마약성 진통제라 함은 아래의 약효분류번호에 해당하는 약제(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여마약성진통제 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

【급여 마약성 진통제】

“급여 마약성 진통제”란 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호가 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제를 말합니다.

「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호는 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 분류됩니다.

나. 연간 30일 이상 처방이라 함은 급여 마약성 진통제의 연간 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 급여 마약성 진통제를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일 이상인 경우를 말합니다. “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 처방일수 합산시 기준일자는 급여 마약성 진통제를 처방받은 날로 합니다.

제7조【급여 암 특정재활치료(기본물리치료)의 정의】

이 특약에 있어서 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료)”라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 [별표7] “급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 분류표”에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여암특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

제8조【급여 암 특정재활치료(단순재활치료)의 정의】

이 특약에 있어서 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료)”라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 [별표8] “급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 분류표”에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여암특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

제9조【급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)의 정의】

이 특약에 있어서 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 [별표9] “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 분류표”에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여암특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

제10조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① “급여신경차단술 인정기준”, “급여신경파괴술 인정기준”, “급여마약성진통제 인정기준”, “급여 암특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”, “급여 암특정재활치료(단순재활치료) 인정기준” 및 “급여 암특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”(이하 “인정기준”이라 합니다)이 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다) 등의 개정에 따라 변경된 경우에는

보험금 지급사유 발생시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 채신판서는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 인정기준이 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 인정기준의 변경으로 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 채신판서의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유가 있는 경우

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

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 채신판서는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

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

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

⑦ 갱신계약의 경우에도 제1항에서 제6항의 규정을 준용합니다.

제11조【보험금을 지급하지 않는 사유】

채신판서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제12조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(채신판서양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료확인서(통증 또는 재활치료의 원인 포함), 요양급여비용 명세서(상병명 및 총 투여일수 포함), 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가 코드(EDI)” 필수 기재) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
 - ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조【보험금의 지급절차】

- ① 채신판서는 제12조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표10] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.
- ③ 채신판서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(채신판서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제12조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 채신판서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 채신판서는 보험수익자의 청구에 따라 채신판서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 채신판서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 채신판서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 채신판서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제14조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제15조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일로 합니다.
- ④ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제22조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조【특약의 무효】

피보험자가 제2조의2【“암보장개시일”의 정의】에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제5조【암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암의 정의 및 진단 확정】제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조【특약내용의 변경 등】

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제18조【특약의 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 제15조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우는 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하고 주계약 2종(비갱신형)을 가입한 경우는 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 주계약 1종(20년갱신형)을 가입한 경우 피보험자의 96세 이후에 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 하고 주계약 2종(비갱신형)을

가입한 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑦ 제5항 및 제6항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제19조【특약의 소멸】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
3. 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 기간이 1년 미만일 때 피보험자에게 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 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.

④ 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 해당 사유가 발생한 시점의 책임준비금을 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신판서가 적립하여 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제12조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제13조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제13조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제20조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신판서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우로서 제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제24조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제24조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표10] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제25조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
급여암특정통증완화치료보험금	암보장개시일 이후에 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되고 그 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)의 통증완화를 목적으로 급여암특정통증완화치료를 받았거나, 보험기간 중 대장점막내암으로 진단이 확정 되고 그 대장점막내암의 통증완화를 목적으로 급여암특정통증완화치료를 받았을 때(단, 연간 1회 한도)	50만원	
급여암특정재활치료보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 급여암특정재활치료(기본물리치료, 단순재활치료, 전문재활치료 및 기타이학요법)를 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 급여암특정재활치료(기본물리치료, 단순재활치료, 전문재활치료 및 기타이학요법)를 받았을 때(단, "기본물리치료", "단순재활치료", "전문재활치료 및 기타이학요법" 각각 1일 1회, 연간 10회 한도)	기본물리치료	1만원
		단순재활치료	3만원
		전문재활치료 및 기타이학요법	5만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없거나, 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 당시의 책임준비금 또는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관(별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)**

무배당 우체국암케어보험2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표4)의 “대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”와 같음

[별표5]

급여 신경차단술 분류표

약관에 규정하는 급여신경차단술로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 판단합니다.

의료행위	수가코드
1. 지주막하 신경차단술	LA210
2. 경막외 신경차단술-일회성 차단	LA321, LA322
3. 경막외 신경차단술-지속적 차단	LA222~LA228
4. 경막외 저장기펌프 제거술	LA330
5. 뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	LA340, LA341, LA232~LA234
6. 척수신경말초지차단술	LA241~LA245, LA247~LA249, LA346, LA347, LA270~LA276
7. 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	LA251, LA253, LA352~LA359
8. 교감신경총 및 신경절차단술	LA261, LA264, LA265, LA361, LA362, LA366, LA367

- 주) 1. 법령 개정 이후 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여신경차단술 인정기준”에 따라 판단합니다.
2. 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여신경차단술 인정기준”에 따라 이 약관에서 보장하는 의료행위에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 법령 개정으로 “급여신경차단술 인정기준”이 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표6]

급여 신경파괴술 분류표

약관에 규정하는 급여신경파괴술로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 판단합니다.

의료행위	수가코드
1. 지주막하 신경파괴술	LB310
2. 경막외 신경파괴술	LB320
3. 뇌신경 및 뇌신경말초지파괴술	LB331, LB333~LB336
4. 척수신경말초지파괴술	LB341~LB346
5. 교감신경절및신경총파괴술	LB351, LB353~LB355, LB412, LB413

- 주) 1. 법령 개정 이후 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여신경파괴술 인정기준”에 따라 판단합니다.
2. 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여신경파괴술 인정기준”에 따라 이 약관에서 보장하는 의료행위에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 법령 개정으로 “급여신경파괴술 인정기준”이 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표7]

급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 분류표

약관에 규정하는 급여 암 특정재활치료(기본물리치료)로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 판단합니다.

의료행위	수가코드
단순운동치료[1일당]	MM101

- 주) 1. 법령 개정 이후 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”에 따라 판단합니다.
2. 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”에 따라 이 약관에서 보장하는 의료행위에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 법령 개정으로 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”이 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표8]

급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 분류표

약관에 규정하는 급여 암 특정재활치료(단순재활치료)로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 판단합니다.

의료행위	수가코드
운동치료-복합운동치료[1일당]	MM102
운동치료-등속성운동치료[1일당]	MM103
압박치료[1일당]	MM190
복합림프물리치료[1일당]	MM200

- 주) 1. 법령 개정 이후 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”에 따라 판단합니다.
2. 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”에 따라 이 약관에서 보장하는 의료행위에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 법령 개정으로 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”이 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표9]

급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 분류표

약관에 규정하는 급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 판단합니다.

의료행위	수가코드
재활기능치료-매트밋이동치료	MM301
재활기능치료-보행치료	MM302
작업치료-단순작업치료	MM111
작업치료-복합작업치료	MM112
작업치료-특수작업치료	MM113
일상생활동작훈련치료[1일당]	MM114
연하재활 기능적전기자극치료	MZ008
연하장애재활치료	MX141
항문직장및골반근의생체되먹이기치료[1일당]	MX031

- 주) 1. 법령 개정 이후 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”에 따라 판단합니다.
2. 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”에 따라 이 약관에서 보장하는 의료행위에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 법령 개정으로 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”이 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표10]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적립이율
급여암특정통증 완화치료보험금, 급여암특정 재활치료보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제13조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 입원간병인사용특약Ⅱ(5년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 질병 또는 재해 : [별표4] 질병 및 재해분류표에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제15조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약” 이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

채신판서는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. 다음 각 호의 입원간병인사용보험금(요양병원 제외)과 입원간병인사용보험금(요양병원)을 합하여 입원간병인사용보험금이라 합니다.

1. 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 의료기관(단, 요양병원 제외)에 입원하여 간병인을 사용하였을 때(간병인 사용 1일 기준) : 입원간병인사용보험금(요양병원 제외)
2. 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 요양병원에 입원하여 간병인을 사용하였을 때(간병인 사용 1일 기준) : 입원간병인사용보험금(요양병원)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제3조【보험금의 지급사유】 제1호의 경우 피보험자가 의료기관(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ③ 제3조【보험금의 지급사유】 제2호의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제3조【보험금의 지급사유】 제1호 및 제2호는 각각 동일 입원 및 동일 입원기간을 적용합니다.
- ⑤ 입원간병인사용보험금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
 1. 1일 기준으로 간병인 사용시간을 계산하여 지급합니다.
 2. 동일 입원기간 동안 간병인 사용기간에 대해서만 보험금이 지급되며, 동일 입원기간 동안 간병인 미사용기간에 대해서는 이 특약의 보험금이 지급되지 않습니다.

【간병인 사용시간 계산(예시)】

- 입원기간 : 2024년 6월 1일부터 2024년 6월 20일까지
- 간병인 사용시간 : 2024년 6월 5일 오후 10시부터 2024년 6월 10일 오전 6시
- ☞ 2024년 6월 5일 : 간병인 사용시간 2시간
- 2024년 6월 6일, 7일, 8일, 9일 : 간병인 사용시간 24시간
- 2024년 6월 10일 : 간병인 사용시간 6시간

<입원간병인사용보험금 입원간병인 사용 인정일수 계산(예시)>

총 입원기간(205일)				
동일 입원기간(180일)				
입원간병인 사용기간 (60일)	입원간병인 미사용기간 (40일)	입원간병인 사용기간 (40일)	입원간병인 미사용기간 (40일)	입원간병인 사용기간 (25일)
↑ 최초 입원일			↑ 최초입원일 +180일	↑ 최초입원일 +205일
☞ 총입원일 : 205일				
동일입원기간 : 180일 (입원간병인 사용기간 100일 + 입원간병인 미사용기간 80일)				
입원간병인 사용 인정일수 : 100일(동일 입원기간한도 180일 중 100일 사용)				

- ⑥ 1일당 간병인 사용시간이 8시간 미만인 경우 보험금을 감액하여 지급합니다.

- ⑦ 피보험자가 입원간병인사용보험금 지급사유에 해당하는 동일 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 동일 입원기간에 대하여도 동일 입원으로 보아 입원간병인사용보험금 지급 여부를 판단합니다.
- ⑧ 동일 입원기간 중에 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원간병인사용보험금을 지급합니다.
- ⑨ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑩ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑪ 제9항 및 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑫ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑬ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑭ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑯ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑰ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑱ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.
- ⑲ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조【의료기관 및 요양병원의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “의료기관”이라 함은 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “요양병원”이라 함은 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 요양병원 또는 국

외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제6조[입원의 정의와 장소]

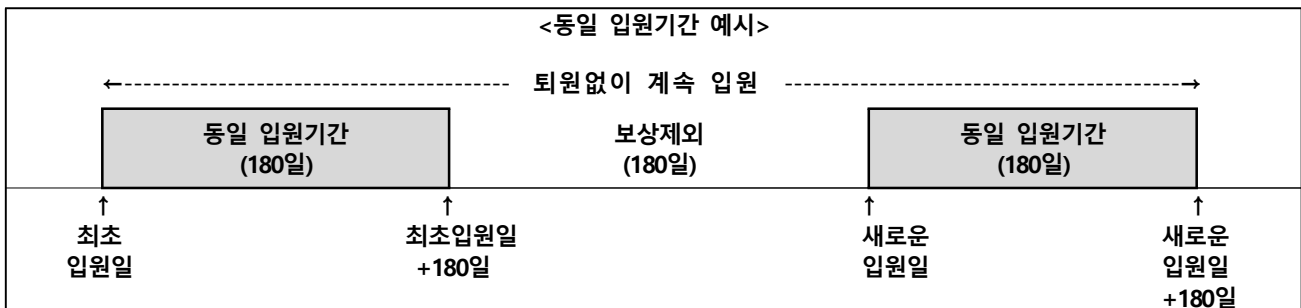
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조[동일 입원 및 동일 입원기간의 정의]

① 이 특약에 있어서 “동일 입원”이라 함은 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우도 포함합니다)를 말합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
2. 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 180일이 지나서 개시한 입원
3. 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원

② 이 특약에 있어서 “동일 입원기간”이라 함은 동일 입원한 일수를 더한 기간을 말하며, 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 동일 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우, 갱신 전·후에 동일 입원한 기간을 더하여 동일 입원기간을 계산합니다.



제8조[간병인의 정의]

① 이 특약에 있어서 “간병인”이라 함은 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료기관에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 있음이 확인된 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병인 제공 서비스를 영위하여야 합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 의료기관에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2 【간호·간병통합서비스 제공 등】에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】

① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조 【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 체신관서는 입원간병인사용보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제10조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서양식)

2. 간병인 사용확인서(체신관서양식)

3. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 입원확인서 등)

4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)

5. 사업자등록증 사본

6. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

7. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조 【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제10조 【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정

하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제18항 및 제19항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제12조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제13조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

- ① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일

내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 채신권서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 채신권서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제15조【특약의 갱신】

① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 제13조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 채신권서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 주계약 갱신형에 부가하는 경우, 주계약 보험기간 만료일이라 함은 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일을 말합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제16조【특약의 소멸】

① 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항의 “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.

④ 제1항에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 채신권서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조【보험금의 청구】 제1항의 서류 중 책

임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제11조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신판서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신판서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신판서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신판서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신판서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 보험료 납입이 면제된 경우로서 제18조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조 【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지급사유	지급액	
입원간병인 사용보험금 (요양병원 제외)	보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 의료기관(단, 요양병원 제외)에 입원하여 간병인을 사용하였을 때(간병인 사용 1일 기준)	8시간미만	3만원
		8시간이상	6만원
입원간병인 사용보험금 (요양병원)	보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 요양병원에 입원하여 간병인을 사용하였을 때(간병인 사용 1일 기준)	8시간미만	1만원
		8시간이상	2만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. ‘동일 입원기간’ 이라 함은 동일 입원한 일수를 더한 기간을 말하며, 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 동일 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우, 갱신 전·후에 동일 입원한 기간을 더하여 동일 입원기간을 계산합니다.
4. ‘동일 입원’ 이라 함은 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우도 포함합니다)를 말합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- (1) 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
- (2) 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 180일이 지나서 개시한 입원
- (3) 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원
5. ‘동일 입원기간’ 및 ‘동일 입원’ 은 입원간병인사용보험금(요양병원 제외) 및 입원간병인사용보험금(요양병원)에 각각 적용합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장해분류표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제9차 개정 이후 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병 및 재해 여부는 피보험자에게 해당 질병 및 재해가 발생(진단)한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 1. 보장대상이 되는 질병 및 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
입원간병인 사용보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 입원간병인사용특약Ⅱ(10년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 질병 또는 재해 : [별표4] 질병 및 재해분류표에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제15조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

채신판서는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. 다음 각 호의 입원간병인사용보험금(요양병원 제외)과 입원간병인사용보험금(요양병원)을 합하여 입원간병인사용보험금이라 합니다.

1. 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 의료기관(단, 요양병원 제외)에 입원하여 간병인을 사용하였을 때(간병인 사용 1일 기준) : 입원간병인사용보험금(요양병원 제외)
2. 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 요양병원에 입원하여 간병인을 사용하였을 때(간병인 사용 1일 기준) : 입원간병인사용보험금(요양병원)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제3조【보험금의 지급사유】 제1호의 경우 피보험자가 의료기관(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ③ 제3조【보험금의 지급사유】 제2호의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제3조【보험금의 지급사유】 제1호 및 제2호는 각각 동일 입원 및 동일 입원기간을 적용합니다.
- ⑤ 입원간병인사용보험금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
 1. 1일 기준으로 간병인 사용시간을 계산하여 지급합니다.
 2. 동일 입원기간 동안 간병인 사용기간에 대해서만 보험금이 지급되며, 동일 입원기간 동안 간병인 미사용기간에 대해서는 이 특약의 보험금이 지급되지 않습니다.

【간병인 사용시간 계산(예시)】

- 입원기간 : 2024년 6월 1일부터 2024년 6월 20일까지
- 간병인 사용시간 : 2024년 6월 5일 오후 10시부터 2024년 6월 10일 오전 6시
- ☞ 2024년 6월 5일 : 간병인 사용시간 2시간
- 2024년 6월 6일, 7일, 8일, 9일 : 간병인 사용시간 24시간
- 2024년 6월 10일 : 간병인 사용시간 6시간

<입원간병인사용보험금 입원간병인 사용 인정일수 계산(예시)>

총 입원기간(205일)				
동일 입원기간(180일)				
입원간병인 사용기간 (60일)	입원간병인 미사용기간 (40일)	입원간병인 사용기간 (40일)	입원간병인 미사용기간 (40일)	입원간병인 사용기간 (25일)
↑ 최초 입원일			↑ 최초입원일 +180일	↑ 최초입원일 +205일
☞ 총입원일 : 205일				
동일입원기간 : 180일 (입원간병인 사용기간 100일 + 입원간병인 미사용기간 80일)				
입원간병인 사용 인정일수 : 100일(동일 입원기간한도 180일 중 100일 사용)				

- ⑥ 1일당 간병인 사용시간이 8시간 미만인 경우 보험금을 감액하여 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 입원간병인사용보험금 지급사유에 해당하는 동일 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 동일 입원기간에 대하여도 동일 입원으로 보아 입원간병인사용보험금 지급 여부를 판단합니다.
- ⑧ 동일 입원기간 중에 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원간병인사용보험금을 지급합니다.
- ⑨ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑩ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑪ 제9항 및 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑫ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑬ 제1항에서 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑭ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑯ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑰ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑱ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.
- ⑲ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조【의료기관 및 요양병원의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “의료기관”이라 함은 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “요양병원” 이라 함은 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제6조【입원의 정의와 장소】

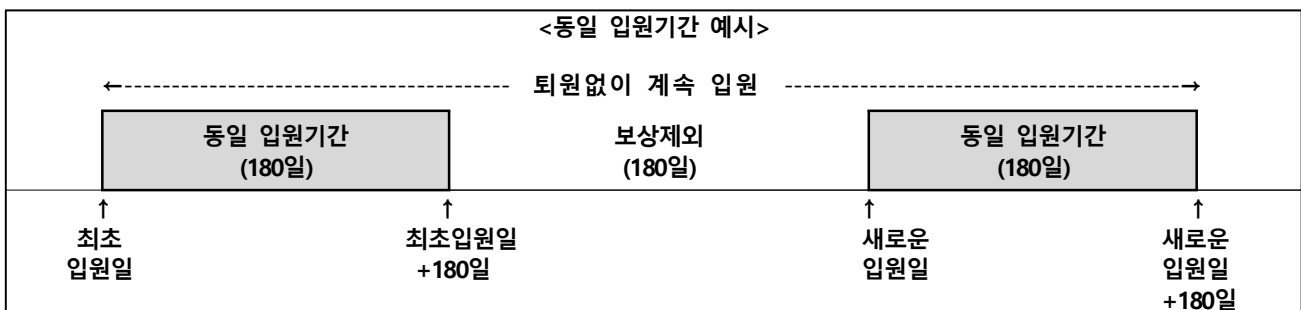
이 특약에 있어서 “입원” 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조【동일 입원 및 동일 입원기간의 정의】

① 이 특약에 있어서 “동일 입원” 이라 함은 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우도 포함합니다)를 말합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
2. 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 180일이 지나서 개시한 입원
3. 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원

② 이 특약에 있어서 “동일 입원기간” 이라 함은 동일 입원한 일수를 더한 기간을 말하며, 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 동일 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우, 갱신 전·후에 동일 입원한 기간을 더하여 동일 입원기간을 계산합니다.



제8조【간병인의 정의】

① 이 특약에 있어서 “간병인” 이라 함은 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료기관에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 있음이 확인된 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병인 제공 서비스를 영위하여야 합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 의료기관에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2【간호·간병통합서비스 제공 등】에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】

① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 체신관서는 입원간병인사용보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제10조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서양식)

2. 간병인 사용확인서(체신관서양식)

3. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 입원확인서 등)

4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)

5. 사업자등록증 사본

6. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

7. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정

하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제18항 및 제19항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제12조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제13조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

- ① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일

내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 채신권서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 채신권서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제15조【특약의 갱신】

① 이 특약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 제13조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 채신권서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 주계약 갱신형에 부가하는 경우, 주계약 보험기간 만료일이라 함은 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일을 말합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제16조【특약의 소멸】

① 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항의 “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.

④ 제1항에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 채신권서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조【보험금의 청구】 제1항의 서류 중 책

임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제11조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신판서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신판서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신판서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신판서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신판서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신판서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 보험료 납입이 면제된 경우로서 제18조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조 【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지급사유	지급액	
입원간병인 사용보험금 (요양병원 제외)	보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 의료기관(단, 요양병원 제외)에 입원하여 간병인을 사용하였을 때(간병인 사용 1일 기준)	8시간미만	3만원
		8시간이상	6만원
입원간병인 사용보험금 (요양병원)	보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 요양병원에 입원하여 간병인을 사용하였을 때(간병인 사용 1일 기준)	8시간미만	1만원
		8시간이상	2만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. ‘동일 입원기간’ 이라 함은 동일 입원한 일수를 더한 기간을 말하며, 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 동일 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우, 갱신 전·후에 동일 입원한 기간을 더하여 동일 입원기간을 계산합니다.
4. ‘동일 입원’ 이라 함은 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우도 포함합니다)를 말합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- (1) 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
 - (2) 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 180일이 지나서 개시한 입원
 - (3) 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원
5. ‘동일 입원기간’ 및 ‘동일 입원’ 은 입원간병인사용보험금(요양병원 제외) 및 입원간병인사용보험금(요양병원)에 각각 적용합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장해분류표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제9차 개정 이후 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병 및 재해 여부는 피보험자에게 해당 질병 및 재해가 발생(진단)한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 1. 보장대상이 되는 질병 및 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
입원간병인 사용보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 입원간병인미사용특약Ⅱ(5년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 질병 또는 재해 : [별표4] 질병 및 재해분류표에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제15조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

채신판서는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. 다음 각 호의 입원간병인미사용보험금(요양병원 제외)과 입원간병인미사용보험금(요양병원)을 합하여 입원간병인미사용보험금이라 합니다.

1. 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 의료기관(단, 요양병원 제외)에 입원하여 간병인을 사용하지 않았을 때(간병인 미사용 1일 기준) : 입원간병인 미사용보험금(요양병원 제외)
2. 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 요양병원에 입원하여 간병인을 사용하지 않았을 때(간병인 미사용 1일 기준) : 입원간병인미사용보험금(요양병원)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제3조【보험금의 지급사유】 제1호의 경우 피보험자가 의료기관(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ③ 제3조【보험금의 지급사유】 제2호의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제3조【보험금의 지급사유】 제1호 및 제2호는 각각 동일 입원 및 동일 입원기간을 적용합니다.
- ⑤ 입원간병인미사용보험금은 동일 입원기간 동안 간병인 미사용기간에 대해서만 보험금이 지급되며, 동일 입원기간 동안 간병인 사용기간에 대해서는 이 특약의 보험금이 지급되지 않습니다.

<입원간병인미사용보험금 입원간병인 미사용 인정일수 계산(예시)>				
←----- 총 입원기간(205일) ----->				
동일 입원기간(180일)				
입원간병인 사용기간 (60일)	입원간병인 미사용기간 (40일)	입원간병인 사용기간 (40일)	입원간병인 미사용기간 (40일)	입원간병인 사용기간 (25일)
↑ 최초 입원일			↑ 최초입원일 +180일	↑ 최초입원일 +205일
☞ 총입원일 : 205일 동일입원기간 : 180일 (입원간병인 사용기간 100일 + 입원간병인 미사용기간 80일) 입원간병인 미사용 인정일수 : 80일(동일 입원기간한도 180일 중 80일 미사용)				

- ⑥ 피보험자가 입원간병인미사용보험금 지급사유에 해당하는 동일 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 동일 입원기간에 대하여도 동일 입원으로 보아 입원간병인미사용보험금 지급 여부를 판단합니다.
- ⑦ 동일 입원기간 중에 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원간병인미사용보험금을 지급합니다.
- ⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에

따릅니다.

⑨ 제1항에서 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 정합니다.

⑩ 제8항 및 제9항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑪ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑯ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 체신관서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신관서가 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 체신관서가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 체신관서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신관서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제5조【의료기관 및 요양병원의 정의】

① 이 특약에 있어서 “의료기관”이라 함은 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “요양병원”이라 함은 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제6조【입원의 정의와 장소】

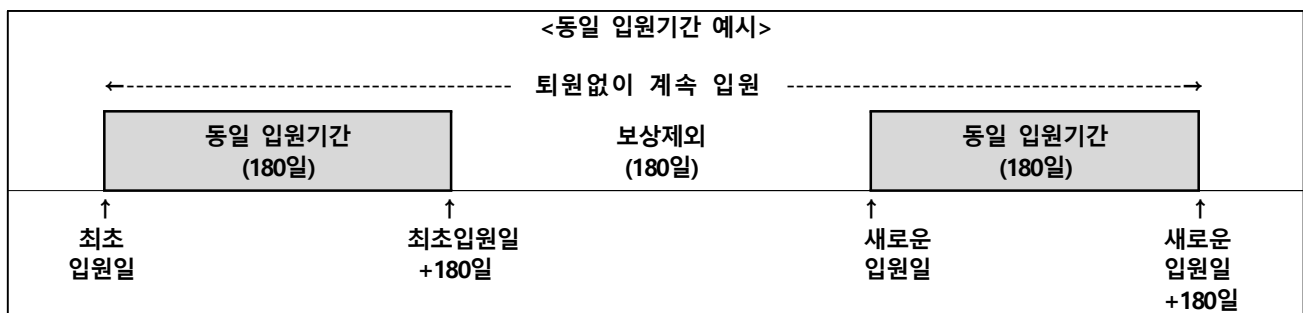
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조【동일 입원 및 동일 입원기간의 정의】

① 이 특약에 있어서 “동일 입원”이라 함은 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우도 포함합니다)를 말합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
2. 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 180일이 지나서 개시한 입원
3. 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원

② 이 특약에 있어서 “동일 입원기간”이라 함은 동일 입원한 일수를 더한 기간을 말하며, 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 동일 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우, 갱신 전·후에 동일 입원한 기간을 더하여 동일 입원기간을 계산합니다.



제8조【간병인의 정의】

① 이 특약에 있어서 “간병인”이라 함은 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료기관에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 있음이 확인된 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병인 제공 서비스를 영위하여야 합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 의료기관에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2【간호간병통합서비스 제공 등】에서 정한 간호간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】

① 체신권서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 체신관서는 입원간병 인미사용보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제10조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서, 진단서(병명기입), 입원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제17항 및 제18항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서

가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제12조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제13조【특약의 성립】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

③ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제15조【특약의 갱신】

① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 제13조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

- ⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 주계약 갱신형에 부가하는 경우, 주계약 보험기간 만료일이라 함은 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일을 말합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제16조【특약의 소멸】

- ① 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항의 “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.
- ④ 제1항에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제11조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 보험료 납입이 면제된 경우로서 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지급사유	지급액
입원간병인 미사용보험금 (요양병원제외)	보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 의료기관(단, 요양병원 제외)에 입원하여 간병인을 사용하지 않았을 때(간병인 미사용 1일 기준)	1만원
입원간병인 미사용보험금 (요양병원)	보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 요양병원에 입원하여 간병인을 사용하지 않았을 때(간병인 미사용 1일 기준)	1만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. “동일 입원기간” 이라 함은 동일 입원한 일수를 더한 기간을 말하며, 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 동일 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우, 갱신 전·후에 동일 입원한 기간을 더하여 동일 입원기간을 계산합니다.
4. “동일 입원” 이라 함은 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우도 포함합니다)를 말합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- (1) 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
- (2) 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 180일이 지나서 개시한 입원
- (3) 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원
5. ‘동일 입원기간’ 및 ‘동일 입원’ 은 입원간병인미사용보험금(요양병원 제외) 및 입원간병인미사용보험금(요양병원)에 각각 적용합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장해분류표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제9차 개정 이후 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병 및 재해 여부는 피보험자에게 해당 질병 및 재해가 발생(진단)한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 1. 보장대상이 되는 질병 및 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
입원간병인 미사용보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이 특약의 약관은 「무배당 입원간병인미사용특약Ⅱ(10년갱신형) 2406」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 질병 또는 재해 : [별표4] 질병 및 재해분류표에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 다. 환급금대출이율 : 이 특약의 환급금대출이율은 주계약을 따릅니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약 : 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약 : 특약의 보험기간 만료 후 제15조【특약의 갱신】에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일 : 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약” 이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

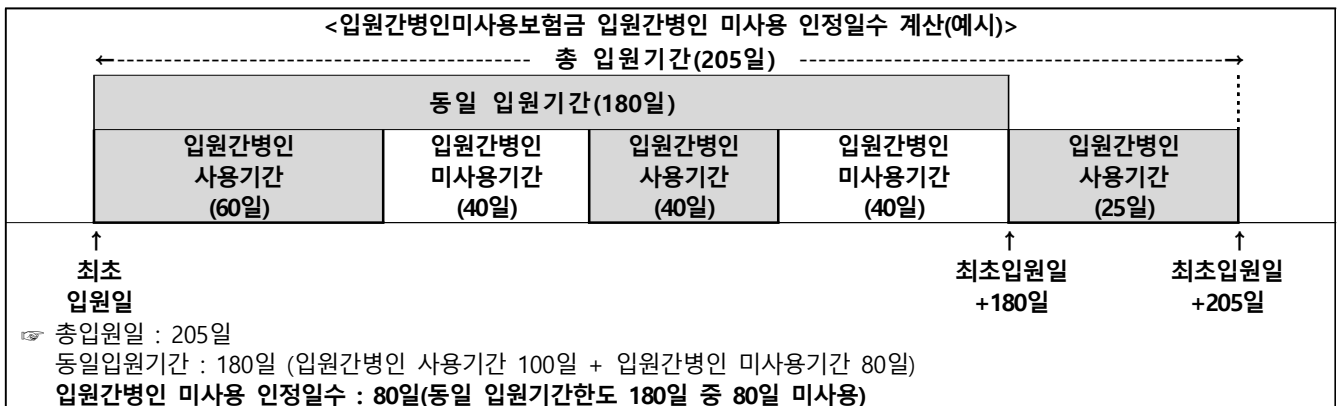
제3조【보험금의 지급사유】

채신판서는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. 다음 각 호의 입원간병인미사용보험금(요양병원 제외)과 입원간병인미사용보험금(요양병원)을 합하여 입원간병인미사용보험금이라 합니다.

1. 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 의료기관(단, 요양병원 제외)에 입원하여 간병인을 사용하지 않았을 때(간병인 미사용 1일 기준) : 입원간병인 미사용보험금(요양병원 제외)
2. 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 요양병원에 입원하여 간병인을 사용하지 않았을 때(간병인 미사용 1일 기준) : 입원간병인미사용보험금(요양병원)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 제3조【보험금의 지급사유】 제1호의 경우 피보험자가 의료기관(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ③ 제3조【보험금의 지급사유】 제2호의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제3조【보험금의 지급사유】 제1호 및 제2호는 각각 동일 입원 및 동일 입원기간을 적용합니다.
- ⑤ 입원간병인미사용보험금은 동일 입원기간 동안 간병인 미사용기간에 대해서만 보험금이 지급되며, 동일 입원기간 동안 간병인 사용기간에 대해서는 이 특약의 보험금이 지급되지 않습니다.



- ⑥ 피보험자가 입원간병인미사용보험금 지급사유에 해당하는 동일 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 동일 입원기간에 대하여도 동일 입원으로 보아 입원간병인미사용보험금 지급 여부를 판단합니다.
- ⑦ 동일 입원기간 중에 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원간병인미사용보험금을 지급합니다.
- ⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ⑨ 제1항에서 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 정합니다.
- ⑩ 제8항 및 제9항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑫ 제1항에서 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑬ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑮ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑯ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑰ 보험수익자와 체신판서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신판서가 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 체신판서가 전액 부담합니다.
- ⑱ 계약자와 체신판서가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 체신판서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 체신판서가 전액 부담합니다.

제5조【의료기관 및 요양병원의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “의료기관”이라 함은 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “요양병원”이라 함은 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제6조【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

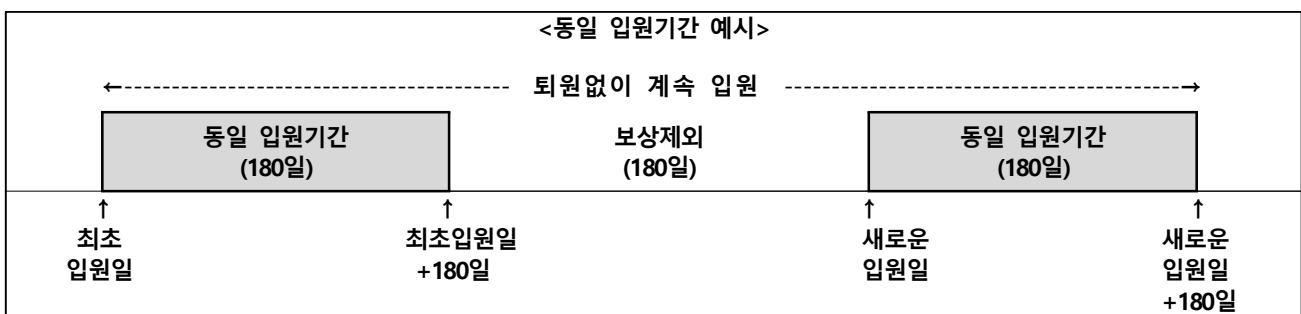
제7조【동일 입원 및 동일 입원기간의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “동일 입원”이라 함은 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적

인 치료를 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우도 포함합니다)를 말합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
2. 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 180일이 지나서 개시한 입원
3. 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원

② 이 특약에 있어서 “동일 입원기간”이라 함은 동일 입원한 일수를 더한 기간을 말하며, 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 동일 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우, 갱신 전·후에 동일 입원한 기간을 더하여 동일 입원기간을 계산합니다.



제8조【간병인의 정의】

① 이 특약에 있어서 “간병인”이라 함은 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료기관에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 있음이 확인된 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병인 제공 서비스를 영위하여야 합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 의료기관에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2【간호·간병통합서비스 제공 등】에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사 보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】

① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 체신관서는 입원간병 인미사용보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제10조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 입원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제17항 및 제18항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보

협금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제12조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제13조【특약의 성립】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 최초계약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

③ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제15조【특약의 갱신】

① 이 특약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 제13조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 최대 주계약 보험기간 만료일의 1년 전 계약해당일까지 갱신 가능합니다.

④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약 보험기간 만료일까지로 합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 주계약 갱신형에 부가하는 경우, 주계약 보험기간 만료일이라 함은 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일을 말합니다.

- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제16조【특약의 소멸】

- ① 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항의 “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.
- ④ 제1항에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

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

- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조【보험금의 청구】제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제11조【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조【보험금의 지급절차】제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었더라도 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입해야 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에서 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우에 체신관서는 아래 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 보험료 납입이 면제된 경우로서 제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제22조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지급사유	지급액
입원간병인 미사용보험금 (요양병원제외)	보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 의료기관(단, 요양병원 제외)에 입원하여 간병인을 사용하지 않았을 때(간병인 미사용 1일 기준)	1만원
입원간병인 미사용보험금 (요양병원)	보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 동일 입원기간 중에 요양병원에 입원하여 간병인을 사용하지 않았을 때(간병인 미사용 1일 기준)	1만원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. “동일 입원기간” 이라 함은 동일 입원한 일수를 더한 기간을 말하며, 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 동일 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우, 갱신 전·후에 동일 입원한 기간을 더하여 동일 입원기간을 계산합니다.
4. “동일 입원” 이라 함은 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우도 포함합니다)를 말합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- (1) 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
 - (2) 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 180일이 지나서 개시한 입원
 - (3) 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원
5. ‘동일 입원기간’ 및 ‘동일 입원’ 은 입원간병인미사용보험금(요양병원 제외) 및 입원간병인미사용보험금(요양병원)에 각각 적용합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표2)의 “재해분류표”와 같음

[별표3]

장해분류표

무배당 우체국암케어보험 2406 (암진단형) 주계약 약관 (별표3)의 “장해분류표”와 같음

[별표4]

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제9차 개정 이후 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병 및 재해 여부는 피보험자에게 해당 질병 및 재해가 발생(진단)한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 1. 보장대상이 되는 질병 및 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
입원간병인 미사용보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	환급금대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	환급금대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 채신관서는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조 【보험금의 지급절차】 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

이륜자동차 운전 및 탑승중 재해 부담보 특약 2109 약관

이 특약의 약관은 「이륜자동차 운전 및 탑승중 재해 부담보 특약 2109」를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1조【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 체신관서의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자” 라 합니다)
- ② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 같습니다.
- ③ 이 특약은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근(통학 포함)용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.
- ④ 주계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제2조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【보험금을 지급하지 않는 사유】

- ① 체신관서는 주계약 및 특약 약관의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 재해로 인하여 주계약 및 특약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근(통학 포함)용도 등으로 주로 사용하게 된 사실을 체신관서가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함)에서 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에서 정한 원동기장치 자전거를 포함합니다.
- ③ 제2항에서 “그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차” 는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.
 1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
 3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
- ④ 제2항에서 “원동기장치자전거” 는 전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.

- ⑤ 제2항에서 제4항의 경우 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.
- ⑥ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제4조【해지특약의 부활(효력회복)】

채신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제5조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

이 특약의 약관은 「지정대리청구서비스특약 2109」를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 특약의 성립과 유지

제1조【적용대상】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다) 및 특약에 적용됩니다.

제2조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 체신관서의 승낙으로 부가되어집니다.
- ② 제1조【적용대상】의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 2 관 지정대리청구인의 지정

제3조【지정대리청구인의 지정】

① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)을 지정(제4조【지정대리청구인의 변경 지정】에 따른 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 지정대리청구인 신청서(체신관서양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

③ 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조【적용대상】의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조【지정대리청구인의 변경 지정】

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 체신관서는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(체신관서양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경

우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제 3 관 보험금의 지급

제5조【보험금의 청구】

지정대리청구인은 체신관서가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조【보험금의 지급절차】

① 지정대리청구인은 제5조【보험금의 청구】에서 정한 구비서류 및 제1조【적용대상】의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 체신관서의 승낙을 얻어 제1조【적용대상】의 보험수익자의 대리인으로서 해당 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 체신관서가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 체신관서는 이를 지급하지 않습니다.

제 4 관 기타사항

제7조【준용규정】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

이 특약의 약관은 「장애인전용보험전환특약 2007」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1조【특약의 적용범위】

① 이 특약은 체신관서가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

<소득세법 제59조의4(특별세액공제)>

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성 보험료는 제외한다)

<소득세법 시행령 제118조의4 (보험료의 세액공제)>

① 소득세법 제59조의4제1항제1호에서 “대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료”란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 소득세법 제59조의4제1항제2호에서 “대통령령으로 정하는 보험료”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

<소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)>

소득세법 시행령 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 “기획재정부령으로 정하는 것”이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령」 제107조(장애인의 범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험

<「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인>

- ① 소득세법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
 3. 삭제
 4. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

<소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위) >

소득세법 시행령 제107조제1항제1호에서 “기획재정부령으로 정하는 사람”이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 1>

피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 2>

보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 3>

피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

- ② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2조【제출서류】제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조【장애인전용보험으로의 전환】제1항에도 불구하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조【제출서류】

- ① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙」 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본(이하, “장애인증명서”라 합니다)을 제출하여 제1조【특약의 적용범위】제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 체신관서에 알려야 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 체신관서에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
- ④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 체신관서에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조【장애인전용보험으로의 전환】

- ① 체신관서는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 체신관서가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2019년 1월 15일~ 2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년 6월 1일~2019년 12월 31일) 납입된 보험료만 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제1조 【특약의 적용범위】 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조 【전환 취소】에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조 【제출서류】 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조 【특약의 적용범위】 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 체신관서가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

- ④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조 【전환 취소】에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조 【특약의 적용범위】 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조 【제출서류】 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조 【특약의 적용범위】 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조【전환 취소】

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 체신관서에 제출하여야 합니다.

제5조【준용규정】

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.