

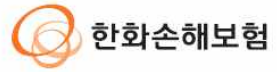
암 걱정말고 암 보험!



무배당 실속더한 든든암보험 1901

※ 기존에 체결했던 보험계약과 유사하고 다른 보험계약을 체결할 경우 보험인수 기일 및 보험료 인상 내용내용이 달라질 수 있습니다.
※ 이 보험계약은 예금저축보육법에 따라 예금보험공사가 보장하고, 보장하는 본 보험회사에 있는 권위의 모든 예금보육대상 금융상품의 해지환급금 또는 만기시 보험금이나 시고보험금에 가산지급금을 함께 1년정 "최고 6천만원"이내 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다. 단, 고령계약자 및 보호대상자가 없으면 보호되지 않습니다.

약관



Hanwaha

신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용

고객의 신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의여부와 관계없이 이용하실 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

고객은 가입신청 시 동의한 본인정보의 제3자에 대한 제공 또는 당사의 보험·금융상품(서비스) 소개 등 영업목적 사용에 대하여 전체 또는 사안 별로 제공·활용을 중단 시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하거나, 신용정보 집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 정보를 제한함으로써 금융회사의 업무 효율성을 저해할 우려가 있는 경우의 동의철회는 제한됩니다.

본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.

- 전화번호 : 1566-8000
- 홈페이지 : www.hwgeneralins.com
- 서면접수 : CS추진파트 및 자점 방문
 - ※ 단, 신규거래 고객은 계약체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 당사의 신용정보 관리보호인 또는 손해보험협회 및 금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 신용정보 관리보호인	손해보험협회	금융감독원
<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) (02) 316 - 0475○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 56 한화금융센터 한화손해보험 준법감시인	<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) (02) 3702 - 8603○ (주소) 서울시 종로구 종로5길 68 코리아리빌딩	<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) (02) 3145 - 5427○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 38 금융감독원 정보화전략실 정보보안팀

3. 신용정보 제공사실 통보요구 및 오류정보 정정청구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 및 「신용정보업감독규정」 등에 따라 아래의 권리가 부여되어 있습니다. 동 권리의 세부내용에 대해서는 한화손해보험 홈페이지(www.hwgeneralins.com) 또는 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에 게시되어 있으며, 동 권리를 행사하고자 하는 고객은 당사 CS추진파트 및 지점으로 신청하여 주시기 바랍니다.

- **신용정보 제공사실 통보 요구권** (「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조)
 - 고객이 본인의 신용정보를 신용정보업자 등에게 제공한 주요정보 내용 등을 통보 요구할 수 있는 권리
- **신용정보 열람 및 정정 청구권** (「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조)
 - 고객은 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정청구 및 정정 처리 결과에 이의가 있는 경우 금융위원회에 시정 요청 가능

고객은 본인 신용정보를 신용평가회사(한국신용정보, 한국신용평가정보, 서울신용평가정보, 한국신용정보 등)를 통하여 연간 일정범위 내에서 무료로 확인할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용평가회사에 문의하시기 바랍니다.

4. 금융거래 거절근거 신용정보 고지의무

당사가 전국은행연합회, 신용조사회사 등으로부터 제공받은 연체정보, 신용등급 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우, 고객은 그 근거가 된 신용정보와 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해줄 것을 요구할 수 있습니다.

5. 개인정보 유출 시 피해보상에 관한 규정

한화손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상받으실 수 있습니다

상담 및 분쟁/범죄 신고센터 안내

1. 상담안내 및 보험분쟁조정

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 먼저 한화손해보험 고객센터서비스센터로 연락하시고, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

한화손해보험 고객센터서비스센터	금융감독원
<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) 1566 - 8000○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 56(여의도동) 한화손해보험 고객센터	<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) 1332○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 38 금융감독원

2. 보험모집질서 위반행위 신고센터

보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.

한화손해보험	금융감독원
<ul style="list-style-type: none">○ (홈페이지) www.hwgeneralins.com○ (연락처) 02 - 316 - 0592○ (FAX) 02 - 316 - 0593	<ul style="list-style-type: none">○ (홈페이지) www.fss.or.kr○ (연락처) 1332

3. 금융감독원 보험사기방지센터

금융감독원
<ul style="list-style-type: none">○ (홈페이지) insucop.fss.or.kr○ (연락처) 1332, 02 - 3145 - 5114

목 차

가입자 유의사항	7
주요내용 요약서	9
보험금 청구 구비서류 안내	13
보험금 청구절차 및 알아두실 내용	17
보험가입부터 보험금지급까지	19
주요 민원사례 안내	21
주요 보험용어 해설	23
주요 암보장 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시	25
무배당 실속더한 든든암보험 ¹⁹⁰¹ 보통약관	27
제1절. 공통조항	29
제1관. 목적 및 용어의 정의	29
제1조(목적)	29
제2조(용어의 정의)	29
제2관. 보험금의 지급	30
제3조(보험금의 지급사유)	30
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	30
제5조(보험금 지급사유의 통지)	30
제6조(보험금의 청구)	30
제7조(보험금의 지급절차)	30
제8조(보험금을 받는 방법의 변경)	31
제9조(주소변경통지)	31
제10조(보험수익자의 지정)	31
제11조(대표자의 지정)	31

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	32
제12조(계약 전 알릴 의무)	32
제13조(알릴 의무 위반의 효과)	32
제14조(사기에 의한 계약)	32
제4관. 보험계약의 성립과 유지	33
제15조(보험계약의 성립)	33
제16조(청약의 철회)	33
제17조(약관교부 및 설명의무 등)	33
제18조(계약의 무효)	34
제19조(계약내용의 변경 등)	35
제20조(보험나이 등)	35
제21조(계약의 소멸)	35
제5관. 보험료의 납입	36
제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	36
제23조(제2회 이후 보험료의 납입)	36
제24조(보험료의 납입면제)	36
제25조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)	36
제26조(보험료의 자동대출납입)	36
제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	37
제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))	37
제29조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))	37
제6관. 계약의 해지 및 해지환급금 등	38
제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	38
제31조(중대사유로 인한 해지)	38
제32조(회사의 파산선고와 해지)	38
제33조(해지환급금)	39
제34조(보험계약대출)	39
제35조(배당금의 지급)	39

제7관. 분쟁조정 등	39
제36조(분쟁의 조정)	39
제37조(관할법원)	40
제38조(소멸시효)	40
제39조(약관의 해석)	40
제40조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)	40
제41조(회사의 손해배상책임)	40
제42조(개인정보보호)	40
제43조(준거법)	40
제44조(예금보험에 의한 지급보장)	40
제2절. 보장조항	41
1. 암(4대유사암제외)진단비	41
제1조("암"의 정의 및 진단확정)	41
제2조(보험금의 지급사유)	41
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)	41
제4조(보장의 무효)	41
제5조(보장의 소멸)	41
제6조(회사의 보장개시)	42
제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))	42
2. 4대유사암진단비	42
제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)	42
제2조(보험금의 지급사유)	43
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)	43
제4조(보장의 소멸)	43
제3절. 납입면제조항	45
제1조("암"의 정의 및 진단확정)	45
제2조("암"에 대한 회사의 보장개시)	45
제3조(보험료의 납입면제)	45
제4조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)	46

무배당 실속더한 든든암보험¹⁹⁰¹ 특별약관47

1. 상해관련 특별약관	49
1-1. 상해사망 특별약관	49
1-2. 상해80%이상후유장해(1804) 특별약관	51
2. 질병관련 특별약관	55
2-1. 질병사망 특별약관	55
2-2. 암(4대유사암제외)진단생활자금(2년간 매월지급) 특별약관	55
2-3. 암사망가족생활자금(2년간 매월지급) 특별약관	57
2-4. 암사망 특별약관	59
2-5. 질병80%이상후유장해(1804) 특별약관	60
2-6. 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비 특별약관	61
2-7. 특정소액암진단비 특별약관	63
2-8. 소화기관암진단비 특별약관	65
2-9. 호흡기관암진단비(호흡기 및 흉곽내기관) 특별약관	66
2-10. 여성생식기관암진단비 특별약관	68
2-11. 남성생식기관암진단비 특별약관	70
2-12. 비뇨기관암(요로암)진단비 특별약관	71
2-13. 10대고액치료비암진단비 특별약관	73
2-14. 중증암진단비Ⅱ 특별약관	75
2-15. 특정유사암 4기진단비 특별약관	78
2-16. 계속암(재진단암)진단비Ⅱ 특별약관	81
2-17. 계속암(재진단암)진단생활자금Ⅱ(2년간 매월지급) 특별약관	84
2-18. 뇌졸중진단비 특별약관	89
2-19. 급성심근경색증진단비 특별약관	90
2-20. 특정양성뇌종양진단비 특별약관	91
2-21. 말기암호스피스통증완화입원치료비 특별약관	91
2-22. 암수술비Ⅱ 특별약관	93
2-23. 암(4대유사암제외)수술비(1회한) 특별약관	95
2-24. 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 1일이상180일한도) 특별약관	97
2-25. 암요양병원입원비Ⅱ(1일이상60일한도) 특별약관	100
2-26. 암요양병원입원비Ⅱ(1일이상90일한도) 특별약관	103
2-27. 암직접치료상급종합병원입원비Ⅱ(1일이상180일한도) 특별약관	106

2-28. 항암방사선치료비 특별약관	110
2-29. 항암약물치료비 특별약관	111
2-30. 항암방사선치료비(특정유사암) 특별약관	113
2-31. 항암약물치료비(특정유사암) 특별약관	113
3. 비용손해관련 특별약관	115
3-1. 의료사고법률비용(실손) 특별약관	115
4. 제도성 특별약관	117
4-1. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	117
4-2. 보험료자동납입 특별약관	118
4-3. 지정대리청구서비스 특별약관	118
4-4. 전자서명 특별약관	119
4-5. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관	120
4-6. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관	121
4-7. 무사고 기가입고객 제도 특별약관	122
4-8. 특별조건부(표준하체보험료할증) 특별약관	123
무배당 실속더한 든든암보험¹⁹⁰¹ 별표 및 부록	125
【별표1】 악성신 생물 분류표	127
【별표2】 제자리신 생물 분류표	128
【별표3】 행동양식 불명 또는 미상의 신 생물 분류표	128
【별표4】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신 생물 분류표	129
【별표5】 장애분류표	130
<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표	149
【별표6】 특정암 분류표	150
【별표7】 병기구분 불가암 분류표	151
【별표8】 특정 신체부위·질병 분류표	154
【별표9】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	157
【부록】 약관에서 인용된 법령	158

가입자 유의사항

[보험계약 관련 특히 유의할 사항]

I. 보험계약관련 유의사항

1. 보험계약 전 알릴 의무 위반

- ☑ 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- ☑ 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- ☑ 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질 의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 부활(효력회복)

- ☑ 부활(효력회복)계약의 암 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일로 합니다. 또한, 무사고 기가입고객 제도 특별약관을 가입한 경우 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 건강보험

- ☑ 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

4. 보험료 납입연체에 관한 사항

- ☑ 이 계약의 피보험자가 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 “암”으로 진단확정되고 계약이 소멸되지 않은 경우 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ☑ 중증암진단비^{II} 및 특정유사암 4기진단비 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 “특별약관 보험료의 납입면제”조항을 따릅니다.
- ☑ 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 “보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지”조항에 따라 해지될 수 있습니다.
- ☑ 납입면제 사유가 아래 보장의 소멸사유에 해당하는 경우 해당 보장의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
 - 보통약관(암(4대유사암제외)진단비)
 - 암(4대유사암제외)진단생활자금(2년간 매월지급), 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비, 특정소액암진단비, 10대고액치료비암진단비, 소화기관암진단비, 호흡기관암진단비(호흡기 및 흉곽 내기관), 여성생식기관암진단비, 남성생식기관암진단비 및 비뇨기관암(요로암)진단비 특별약관

II. 해지환급금 관련 유의사항

- ☑ 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.
 - 1종(해지환급금미지급형 신규고객용), 2종(해지환급금미지급형 무사고 기가입고객용)은 보험료

납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간 이후 계약이 해지되는 경우에는 각각 3종(표준형 신규고객용), 4종(표준형 무사고 기가입고객용)의 해지환급금과 동일합니다.

- 회사는 1종(해지환급금미지급형 신규고객용), 2종(해지환급금미지급형 무사고 기가입고객용) 가입시 각각 3종(표준형 신규고객용), 4종(표준형 무사고 기가입고객용)의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
- 해지환급금미지급형 계약의 중증암진단비¹¹ 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 “특별약관 보험료의 납입면제”조항에서 정한 납입면제가 발생한 이후 계약이 해지될 경우 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산한 해당 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.
- 해지환급금미지급형 계약의 특정유사암 4기진단비 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 “특별약관 보험료의 납입면제”조항 제2호에서 정한 납입면제가 발생한 이후 계약이 해지될 경우 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산한 해당 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

[보험금 지급관련 특히 유의할 사항]

1. 암 관련 보장

- ☑ 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 단, 피보험자의 보험나이가 15세미만인 경우에는 보험금을 지급합니다. 또한, 무사고 기가입고객 제도 특별약관을 가입한 경우 해당 특별약관을 따릅니다.
- ☑ 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다. 단, 피보험자의 보험나이가 15세미만인 경우에는 삭감되지 않으며, 무사고 기가입고객 제도 특별약관을 가입한 경우에는 해당 특별약관을 따릅니다.
- ☑ 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- ☑ 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(제7차 개정 한국표준질병·사인분류 분류표의 분류번호 C77~C80)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

2. 특정질병 관련 보장

- ☑ 암, 이보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병에 한하여 보험금을 지급합니다.

3. 수술 관련 보장

- ☑ 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

4. 입원 관련 보장

- ☑ 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5. 상해 관련 보장

- ☑ 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 상해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정조건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 1) 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있으며 이 경우 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약의 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다.
- 2) 위 1)에도 불구하고, 청약을 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

청약할 때 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체관련)

다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

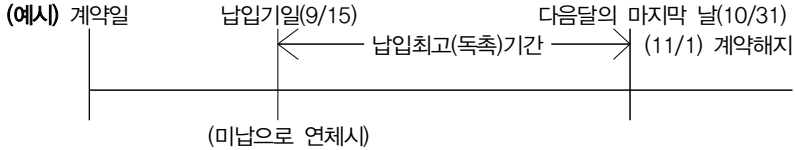
- 1) 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호【부록】 참조)에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호【부록】 참조)에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않으며 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 2) 만 15세미만자, 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) 계약체결시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체 관련)

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력이 없습니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

- 1) 계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우 회사는 납입최고(독촉)기간(보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상)으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날을 정하여 납입을 유예하며, 해당 기간이 끝나는 날까지 연체보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지됩니다.



2) 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

- 1) 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출에 의하여 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.
- 2) 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 계약내용의 변경 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

8. 계약 전·후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무: 계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성 녹음으로 대체합니다)
 - 2) 계약 후 알릴 의무: 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 가) 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 예) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우, 직업이 없는 자가 취직한 경우, 현재의 직업을 그만둔 경우 등
 - 나) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
 - 예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 - 다) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
 - 예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 - 라) 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
 - 3) 알릴 의무 위반의 효과: 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
- ※ 계약자 및 보험수익자(계약자와 보험수익자가 다른 경우)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급절차

- 1) 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 신체손해에 관한 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다.

다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

 - 가. 소송제기

- 나. 분쟁조정 신청
 - 다. 수사기관의 조사
 - 라. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 마. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 - 바. 보험금 지급사유에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- 2) 위 1)의 가.~바.에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험금 청구 구비서류 안내

※ 고객편의를 위하여 비용부담이 없는 서류로 대체가능하며 사고내용이나 특성에 따라 서류를 추가로 요청 할 수 있습니다. 다만, 청구보험금 100만원 초과 건은 원본(방문 또는 우편) 접수 대상이나, 100만원 이하 건은 사본(팩스 등) 접수 가능합니다.

1. 상해 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류	발급기관	
공동서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 사고입증서류(상해사고일자 및 내용 확인서류) • 상해 초진기록지 또는 의무기록사본(병원발급가능) 및 청구서상 사고내용 6하원칙에 따라 기재 • 교통상해 자동차보험 지급결의서, 교통사고 사실확인원(자보처리회사, 경찰서 발급가능) • 산업재해 최초 요양급여 신청서 및 산재 요양급여 확인원(근로복지공단 발급가능) • 기타입증서류 군인재해(공무상병인증서), 기타재해(공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실 확인서)	당사양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수 ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인서명사실확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본, 개인(신용)정보처리동의서	
사망	필수서류	○ (택1) • 사망진단서(시체검안서) 원본 • 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재) ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능	병원
	수익자 미지정시 추가서류	① 상속관계 확인서류(택1) : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장(인감날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)	관공서

구 분	구 비 서 류	발급기관
후유장애	<ul style="list-style-type: none"> ○ 후유장애진단서 ※ 장애부위별 필요 서류가 상이하므로 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. (예시) • 운동장애(척추,사지관절) : AMA장애평가방식에 의하여 측정된 후유장애진단서 • 신경계장애 : 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장애평가표 등 ※ (일반)진단서로 대체가능한 장애 • 만성신부전: 최초혈액투석일, 환자상태기재 • 사지절단: 절단부위명시, 환자상태기재, X-ray필름 첨부 • 인공관절치환술: 치환수술일자, 부위명시, 수술명 기재, 수술기록지 첨부 • 비장, 신장, 안구적출술: 적출일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 • 장기전절제술 : 절제일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 	병원 (종합병원)

2. 질병 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류	발급기관	
공통서류	필수 서류	<ol style="list-style-type: none"> ① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 불필요 	당시양식
	수익자가 미성년자인 경우	<ol style="list-style-type: none"> ① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류) 	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	<ol style="list-style-type: none"> ① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인서명사실확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본, 개인(신용)정보처리동의서 	
사망	필수서류	<ul style="list-style-type: none"> ○ (택1) • 사망진단서(시체검안서) 원본 • 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재) ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능 	병원
	수익자 미지정시 추가서류	<ol style="list-style-type: none"> ① 상속관계 확인서류(택1) : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장(인감 날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 	관공서

구 분	구 비 서 류	발급기관
후유장애	<ul style="list-style-type: none"> ○ 후유장애진단서 ※ 장애부위별 필요 서류가 상이하므로 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. (예시) <ul style="list-style-type: none"> • 운동장애(척추,사지관절) : AMA장애평가방식에 의하여 측정된 후유장애진단서 • 신경계장애 : 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장애평가표 등 ※ (일반)진단서로 대체가능한 장애 <ul style="list-style-type: none"> • 만성신부전: 최초혈액투석일, 환자상태기재 • 사지절단: 절단부위명시, 환자상태기재, X-ray필름 첨부 • 인공관절치환술: 치환수술일자, 부위명시, 수술명 기재, 수술기록지 첨부 • 비장, 신장, 안구적출술: 적출일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 • 장기전절제술 : 절제일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 	병원 (종합병원)
암진단비	<ul style="list-style-type: none"> ① 진단서 ② 조직검사결과지 ※ 암 종류에 따라 조직검사가 어려운 경우 대체 가능 서류(혈액암 또는 조직검사 불가한 경우) <ul style="list-style-type: none"> • 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 • 뇌/폐/췌장암 : 영상의학검사 판독결과지(MRI, CT, PET 등) • 간 : 영상의학검사 판독결과지(MRI, CT 등) 및 혈액검사 결과지 	병원
뇌질환 진단비	<ul style="list-style-type: none"> ① 진단서 ② 정밀검사 판독결과지 (당사 홈페이지 또는 고객센터센터 통해 세부내용 확인 가능) ③ 진료차트(응급실, 초진, 입원차트) 	병원
심장질환 진단비	<ul style="list-style-type: none"> ① 진단서 ② 정밀검사 판독결과지 (당사 홈페이지 또는 고객센터센터 통해 세부내용 확인 가능) ③ 진료차트(응급실, 초진, 입원차트) 	병원
질병입원비	<ul style="list-style-type: none"> ○ (택1) 입퇴원 확인서 또는 진단서(진단명, 한국질병분류코드, 입원기간 필수기재) 	병원
수술비용	<ul style="list-style-type: none"> ① 진단서(확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자 필수기재) ② (택1) 수술기록지 또는 수술확인서(진단서상 수술명, 수술일자 기재 없는 경우 추가제출) ※ 일부 수술의 경우 조직검사결과지, MRI판독지 등 추가요청 가능 	병원

3. 비용손해 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공통서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 기타 회사가 요구하는 증거자료	당사양식
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본, 개인(신용)정보처리동의서	

상기 보장내용별 청구서류는 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경된 내용을 적용합니다. 따라서, 실제 보험금을 청구하실 때에는 당사 홈페이지 등을 통해 청구서류를 다시 한 번 확인하여 주시기 바랍니다.

보험금 청구절차 및 알아두실 내용

□ 보험금 청구 관련 안내

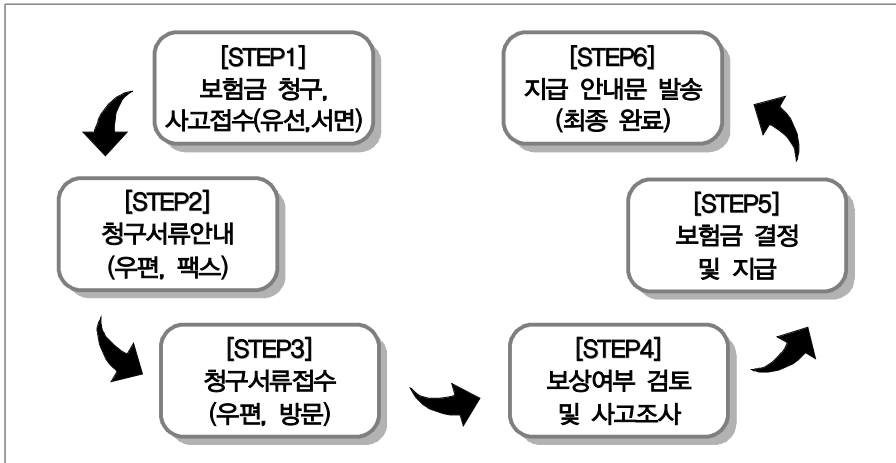
- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 하며 피보험자 외에 제3자 수령 시에는 피보험자의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)가 반드시 첨부되어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우에는 위임장 없이 친권자(부모)계좌로 수령이 가능합니다.
- 금융감독원 보험금 청구서류 표준화 간소화 방안에서의 기본서류 이외에도 사실관계 확인을 위하여 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요 할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

□ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.(상법 제662조(【부록】 참조))

□ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 한화손해보험(주)에 접수되는 경우 접수완료와 담당자 사항(이름, 연락처)을 LMS 문자 또는 선택하신 방법으로 각각 안내 드립니다.
- 보상처리 관련 문의 사항 및 서류 발송하기 전 문의 사항이 있으신 경우 해당 담당자에게 연락 주시면 상세히 안내 드리겠습니다.



□ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 고객의 개인정보제공 동의를 받아 보험업법에 따라 공인된 *손해사정법인에 조사업무를 위탁할 수 있습니다.
*손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체
- 당사가 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁하는 경우 비용은 당사가 부담하며, 고객님의 손해사정사를 선임하시는 경우에는 그 비용은 고객님의께서 부담하셔야 합니다.

□ 장해진단서 제출 시 유의사항

- 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 *3차 의료기관에서의 진단을 요청 드리며 병원 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.

*3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원

□ **의료심사**

- 상해 질병 보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 한화손해보험㈜가 부담합니다.

□ **보험금 지급안내 및 절차 조회 방법**

- 보험금 심사 및 지급에 관한 사항은 당사 인터넷 홈페이지(www.hwgeneralins.com)에서 확인 가능합니다.
- 보험금이 지급되는 경우에는 청구 시 선택하신 방법으로 지급금액이 안내됩니다. 문의사항이 있으면 지급금 안내 시 통보되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

□ **보험금 부지급 결정 및 재심사 청구**

- 보험약관에 따라 보험금을 지급하지 않기로 결정되는 경우 구체적인 사유를 유선으로 안내하며, 해당 결정에 동의하지 않는 경우 담당자에게 재문의 또는 소비자보호파트로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

□ **예상 지급기일 및 지연이자 지급**

- 상해·질병사고는 최종 서류접수일로부터 3영업일, 재물 및 배상책임손해에 대한 보험금은 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다.
- 보험금 지급 지연 시에는 사유와 지급예정일을 안내 드리며, 지급예정일을 초과한 경우에는 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 지급합니다.

□ **주소변경 통지**

- 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 하고 알리지 않을 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 도달 된 것으로 봅니다.

보험 가입부터 보험금 지급까지

[1단계] 보험상품 선택 및 상품설명

고객님의 가입목적에 맞는 보험상품을 선택하신 후, 보험안내자료를 교부받고 주요사항에 대해서 충분한 설명을 들으시기 바랍니다.

☞ 약관 **"약관교부 및 설명의무 등"** 조항 참조



[2단계] 청약서 작성

보험가입을 위해서는 청약서를 작성하셔야 합니다. 청약서 작성시에는 계약 전 알릴 의무, 피보험자 서면동의, 자필서명을 반드시 지켜주셔야 합니다.

✓ 계약 전 알릴 의무

청약서상 피보험자 건강상태, 직업, 운전여부 등을 물어보는 질문란에 대하여 사실대로 기재해주셔야 합니다. 계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해지환급금을 지급하게 되어 고객님에게 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.

✓ 피보험자 서면동의

계약자 본인이 아닌 다른 분을 피보험자로 하여 보험계약을 체결할 경우에는 반드시 피보험자로부터 청약서상 서면동의를 받아야 합니다. 피보험자 서면동의를 이루어지지 않은 경우 계약이 무효가 될 수 있으며 이 경우에는 보험사고가 발생하여도 보장을 받을 수 없습니다.

☞ 약관 **"계약 전 알릴 의무", "계약의 무효"** 조항 참조



[3단계] 보험계약 체결(회사의 승낙)

회사가 고객님의 청약하신 사항을 심사하여 보험계약 체결을 승낙하는 절차입니다. 회사는 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙여부를 결정하게 되며, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙한 것으로 인정됩니다.

☞ 약관 **"보험계약의 성립"** 조항 참조



[4단계] 보험사고 발생 및 보험금 청구

보험계약 유지 중 가입하신 보험상품 약관상의 보험사고가 발생하였다면 보험금 청구에 필요한 서류를 구비하시고 보험금을 청구하세요. 구비서류 및 청구절차는 고객센터비즈센터(1566-8000) 또는 담당 모집인(보험설계사 등)에게 문의하시면 자세히 안내받을 수 있습니다.

☞ 약관 **"보험금의 지급사유", "보험금의 청구"** 조항 참조



[5단계] 보험금 지급심사 및 보험금 지급

회사가 고객님의 청구하신 보험금의 지급여부를 심사하는 절차입니다. 회사는 원칙적으로 청구하신 날부터 신체손해에 대한 보험금은 3영업일(단, 조사나 확인이 필요한 경우에는 30영업일 이내), 배상책임 및 재산손해에 대한 보험금은 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급해드리고 부득이 지급이 어려운 경우에는 그 구체적인 사유에 대하여 알려드립니다.

☞ 약관 **"보험금의 지급절차"** 조항 참조

주요 민원사례 안내

□ 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반

- 사례 : 보험가입 전에 청약약을 복용하였으나 청약서 질문서에 기재하지 않은 채 보험을 가입하여 보험회사가 고지위반을 근거로 계약을 해지하면서 납입한 보험료를 돌려주지 않고 해지환급금을 지급하여 민원제기

☞ 계약자가 계약 전 알릴 의무를 위반할 경우 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 계약을 해지할 때에는 기존에 납입하였던 보험료를 돌려받는 것이 아니라 보통약관 「해지환급금」에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하도록 보통약관에서 명시하고 있습니다.

□ 직업변경 통지에 따른 보험료 추징

- 사례 : 직업이 사무직에서 현장직으로 변경되어 회사에 이를 고지하자 보험료 추징을 요청했다며 민원제기

☞ 책임준비금이란 보험회사가 보험계약에 대하여 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말하며, 이는 보장보험료가 계산되는 시점에 확정이 됩니다. 만약 담보내용, 연령, 성별, 직업급수 등이 변경될 경우 보험료가 변경될 수 있으며, 직업 변경에 따라 장래에 위험보장을 위한 책임준비금 역시 변경될 경우 책임준비금 정산(추징 또는 환급)이 발생하게 됩니다. 즉, 보장보험료 변경과는 별도로 직업급수가 높아질 경우 책임준비금 추징이 추가로 발생할 수 있으며, 반대로 직업급수가 낮아진 경우 책임준비금 정산액을 추가로 환급받을 수 있습니다.

□ 주소변경 알릴의무

- 사례 : 이사한 다음 경황이 없어서 보험료를 내지 못했는데, 보험사고가 발생해서 보험금 청구했더니 보험료 미납입으로 인하여 보험계약이 해지(실효)되었다고 하여 확인한 결과 이사 전 주소로 해지(실효) 통지가 된 것으로 확인되었다며, 해지(실효) 통보를 받지 못했으니 보험금 지급을 요구하며 민원제기

☞ 보통약관에서는 보험계약의 정상적인 유지 등을 위해 계약자는 주소가 변경되면 이를 보험회사로 알리도록 하고 있습니다. 이를 이행하지 않을 경우 이사 전 주소로 통지한 보험회사의 해지(실효) 통지는 도달된 것으로 간주되므로, 주소변경 시 반드시 보험회사에 이를 알려야 합니다.

□ 상품설명 및 자필서명 관련

- 사례 : 보험설계사로부터 해지환급금, 보장내용 등 상품설명을 제대로 듣지 못했으며, 보험설계사의 말만 듣고 기재내용 확인없이 청약서 및 상품설명서에 자필 서명하였고, 정상계약여부 확인을 위한 전화모니터링에서도 형식적으로 '예'라고 답변하였다며, 불완전판매를 이유로 기 납입보험료 반환요구하며 민원제기

☞ 제대로 알지 못한 채 형식적으로 실시한 보험계약자의 청약서·상품설명서 상 자필서명 및 모니터링 전화의 답변이라도 법률적 효력을 부인할 수 없습니다. 따라서, 청약서 등 자필서명, 전화 모니터링 답변 전에 반드시 관련내용을 꼼꼼히 숙지하고, 이해가 부족할 경우 추가 설명을 요구하셔야 합니다.

□ 장기보험 환급금 과소

- 사례 : 장기 보장성 또는 저축성 보험에 가입 후 사정이 여의치 않아 해지하려고 해지환급금을 확인하는 과정에서 그동안 납입한 원금과 차이가 큰 것을 확인하고 가입당시 환급금 차이에 대한 안내를 받지 못했다고 민원 제기

☞ 보험계약은 은행의 저축과 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 경우 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영 경비로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 환급금과 관련된 내용은 가입시 정확하게 확인해주시기 바랍니다.

□ 계약취소신청

- 사례 : 보험가입금액을 5천만원으로 인지하고 있었는데 보험증권에는 1천만원으로 기재되어 보험계약 취소를 신청하였으나, 가입금액 5천만원에 대한 증빙자료가 없고 취소신청기간도 경과되어 민원제기

☞ 보험증권은 계약 체결 후 약 1개월 이내 계약자에게 배송 됩니다. 보험증권을 수령하면 반드시 보험기간, 담보, 보험가입금액, 보장내용 등을 확인하여야 합니다. 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내 청약을 철회할 수 있으며, 특정 사유에 해당할 경우 계약 성립한 날부터 3개월 이내 계약을 취소할 수 있습니다. 자세한 내용은 보통약관 「제4관. 보험계약의 성립과 유지」부분을 참고 하시기 바랍니다.

□ 보상관련 착오 안내

- 사례 : 뇌혈관질환 진단비와 관련하여 모집자에게 문의하여 보상가능할 것이라고 안내받았으나, 실제 보험금 청구시 면책통보를 받아 부당하다고 민원제기

☞ 모집인이 보험금 지급사유에 관해 잘못 안내했다 하더라도, 보험계약 체결의 위임을 받은 모집인의 업무범위를 벗어나므로 회사를 대표 또는 대리해 보험금 지급약속을 했다고 볼 수 없습니다. 보상관련 문의는 관련 서류 제출을 통해 보험회사의 안내를 받으셔야 합니다.

□ (상해/질병)수술비 지급기준

- 사례 : 의사의 권유로 신경성형술을 시행하고 질병수술비를 청구하였는데 보험약관에서 정한 수술에 해당하지 않아 보험금지급이 거절되어 민원제기

☞ 보험금은 보험약관의 지급기준에 의거하여 결정 됩니다. 상해/질병 수술비 특별약관에는 "수술"의 정의를 별도 명시하고 있습니다. 수술 방법과 종류에 따라 제외되는 경우가 있으므로 반드시 약관을 확인하셔야 합니다.

□ 해지 계약의 부활(효력회복)

- 사례 : 보험료 미납으로 해지되어 계약부활을 신청하였는데 보상받지 못한 해지기간 동안의 보험료와 이자까지 모두 납입해야만 부활 가능하다고 하여 민원 제기

☞ 보험료 미납으로 계약이 해지된 때에는 해지된 날로부터 3년 이내 회사가 정한 절차에 따라 계약 부활을 청약할 수 있습니다. 부활시 보험기간이 변경되는 것은 아니며, 해지전 설정된 회당 보험료를 기준으로 전체 보험기간에 대하여 회사가 부활을 승낙하면 계약자는 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자를 납입하여야 합니다.

□ 보험금 산정

- 사례: 넘어지면서 허리를 다쳐 상해 보험금을 청구하였는데 보험회사는 질병코드로 진단서가 발행되었다며 보험금 지급을 할 수 없다고 통보하자 민원 제기

☞ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 보험사고에 대하여 보험금을 산정합니다. 보험사고와 사고입증서류(진단서)가 상이할 때에는 보험금이 지급되지 않습니다.

주요 보험용어 해설

※ 아래 표에 기재되지 않은 사항은 보통약관을 참고하시기 바라며, 해당 용어가 특별약관에서 달리 정의되는 경우는 특별약관을 따릅니다.

보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 문서
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람
피보험자	상해·질병보장: 보험사고의 대상이 되는 사람 비용손해 보장: 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람. 즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말하며, 상해질병보장 이외의 경우에는 피보험자
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 금액
보험금	피보험자의 사망, 장애, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일	회사가 보장을 개시하는 날로, 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말하며, 또한 보장개시일을 계약일로 봄
보험가입금액	보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
책임준비금	장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

주요 암보장 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시

※ 이 상품에서 암을 보장하는 보통약관 및 특별약관에는 보험계약일부터 일정기간동안 면책기간을 적용 또는 보험금을 감액하여 지급하는 보장이 포함되어 있습니다. 다만, 보험나이가 15세 미만인 경우에는 면책기간 및 감액지급을 적용하지 않습니다. 그럼에도 불구하고, “재진단암”의 보장개시일^{주)}에 대해서는 보험나이가 15세 미만이라 하더라도 동일한 면책기간을 적용합니다. 세부사항은 해당 특별약관을 참고하시기 바랍니다.

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	계약일과 부활(효력회복) 면책기간	계약일부터 경과기간 1년미만 50% 감액지급
암(4대유사암제외)진단비	암 ※기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외	100%	90일	○
4대유사암진단비	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	100%	X	X
암(4대유사암제외)진단생활자금(2년간 매월지급)	암 ※기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외	100%	90일	○
암사망, 암사망가족생활자금(2년간 매월지급)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	X
	기타피부암, 갑상선암		X	X
암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비	암 ※특정소액암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외	100%	90일	○
특정소액암진단비	유방암, 자궁경부암, 자궁체부암, 전립선암, 방광암	100%	90일	○
중증암진단비 II	특정암, 4기암(특정암제외)	100%	90일	○
특정유사암4기 진단비	특정유사암 4기암(기타피부암, 갑상선암)	100%	90일	○
계속암(재진단암)진단비 II, 계속암(재진단암)진단생활자금 II(2년간 매월지급)	암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)	100%	90일(첫번째암) 2년(재진단암) ^{주)}	X
10대고액치료비암진단비	10대고액치료비암	100%	90일	○
소화기관암진단비	소화기관암(C15-C26)	100%	90일	○
호흡기관암진단비(호흡기 및 흉곽내기관)	호흡기 및 흉곽내기관암(C30-C39)	100%	90일	○
여성생식기관암진단비	여성생식기관암(C51-C58)	100%	90일	○
남성생식기관암진단비	남성생식기관암(C60-C63)	100%	90일	○
비뇨기관암(요로암)진단비	요로암(C64-C68)	100%	90일	○

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	계약일과 부활(효력회복) 면책기간	계약일부터 경과기간 1년미만 50% 감액지급
말기암호스피스통증 완화입원치료비	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	X
	기타피부암, 갑상선암	100%	90일	X
암수술비Ⅱ	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	O
	갑상선암	20%	X	X
	기타피부암, 제자리암, 경계성종양	10%	X	X
암(4대유사암제외)수술비 (1회한)	암 ※기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외	100%	90일	O
암직접치료입원비Ⅱ (요양병원제외, 1일이상180일한도), 암요양병원입원비Ⅲ (1일이상60일한도), 암요양병원입원비Ⅳ (1일이상90일한도), 암직접치료상급종합 병원입원비Ⅱ (1일이상180일한도)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	X
	갑상선암	20%	X	X
	기타피부암, 제자리암, 경계성종양	10%	X	X
항암방사선치료비, 항암약물치료비	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	X
항암방사선치료비 (특정유사암), 항암약물치료비 (특정유사암)	기타피부암, 갑상선암	100%	X	X

주) 첫 번째 “재진단암”의 보장개시일은 “첫번째암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 하고, 두 번째 이후 “재진단암”의 보장개시일은 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다.

- ※ 무사고 기가입고객 제도 특별약관이 부가된 경우 일부 보장은 면책기간 및 보험금 감액을 적용하지 않습니다. 다만, 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다. 세부사항은 무사고 기가입고객 제도 특별약관을 참고하시기 바랍니다.
- ※ 보장용어에 대한 자세한 내용은 반드시 약관본문을 참고하시기 바랍니다.

무배당
실속더한 든든암보험¹⁹⁰¹
보통약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 계약에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약관계 관련 용어

1. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 피보험자:
 - 가. 질병·상해보장 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 나. 비용손해 보장 : 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람. 즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말합니다.
3. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
4. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
5. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
6. 보험약관: 보험계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정된 것을 말합니다.
7. 보험가입금액: 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

1. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 손해를 말합니다.
2. 장애: “장애분류표(〔별표5〕 참조)”에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
3. 중요한 사항: “계약 전 알릴 의무”와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약의 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
4. 한국표준질병·사인분류: 이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제7차 개정(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)을 따릅니다. 한국표준질병·사인분류를 적용하는 보장에 대하여 제8차 개정 이후 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병) 이외에 추가로 약관상 정의에 해당하는 질병(또는 상병)이 있는 경우에는 그 질병(또는 상병)도 포함하는 것으로 합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

1. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
2. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

【평균공시이율】(〔부록〕 참조)

보험업감독규정 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 보험업감독업무시행세칙 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다.

3. 보장부분 적용이율: 보장보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.
4. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
5. 보험금: 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액을 말합니다.

④ 기간과 날짜 관련 용어

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

3. 보장개시일: 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.
 4. 보험계약일: 계약자와 회사가 보험계약을 체결한 날을 말합니다.
 5. 보험년도: 당해연도 보험계약 해당일로부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 보험계약일이 2019년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년입니다.
 6. 계약해당일 : 보험계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ⑤ 보험료 관련 용어
1. 보험료: 계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 보통약관의 보장보험료와 특별약관이 부가된 경우 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.
 2. 보장보험료: 손해를 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
 3. 부가보험료: 회사운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용과 계약관리비용 및 손해조사비로 구분됩니다. 계약관리비용은 다시 유지관련비용과 기타비용으로 구분할 수 있습니다.

⑥ 기타 관련 용어

순수보장성 보험 : 계약의 만기시에 지급되는 보험금이 전혀 없는 보장성보험을 말합니다.

이 상품은 **순수보장성 보험**으로 회사는 계약자에게 **만기환급금을 지급하지 않습니다.**

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절. 보장조항 1. 암(4대유사암제외)진단비 및 2. 4대유사암진단비의 제2조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절. 보장조항 1. 암(4대유사암제외)진단비 및 2. 4대유사암진단비의 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제5조(보험금 지급사유의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1항의 신체손해에 관한 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는

「의료법」 제3조(의료기관)【부록】 참조에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ③ 회사는 제1항의 신체손해에 관한 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 우선적으로 가지급 합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 정한 지급일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표9】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조(보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 「사법방법서」에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 그 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제9조(주소변경통지)

- ① 계약자 및 보험수익자(보험수익자가 계약자와 다른 경우)는 주소 또는 연락처가 변경되었을 때 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제10조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 사망보험금의 경우에는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 이외의 경우는 피보험자로 합니다.

제11조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대

표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

- 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 동일한 효력을 가집니다.
- 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 공동으로 집니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지 의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)〔부록〕 참조에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조(알릴 의무 위반의 효과)

- 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 - 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 보험설계사 등이 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, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우는 제19조(계약내용의 변경 등)를 따릅니다.
- 제1항에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당하는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려드립니다.
- 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제14조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약

일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제15조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 보충약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문보험계약자](관련 법령【부록】 참조)

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, 청약을 한 날로부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 "보험증권을 받은 날"에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제17조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관

용 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, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷홈페이지에서 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 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 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 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
 1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
 2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
 3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명
3. 「전자서명법」 제2조 제3호(【부록】 참조)에 규정한 공인전자서명

- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제1항에 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 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제18조(계약의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호(【부록】 참조)에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 본인확인 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. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 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.

[심신상실자]

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

[심신박약자]

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

- 3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제19조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 다만, “해지환급금미지급형 계약”(1종(해지환급금미지급형 신규고객용) 및 2종(해지환급금미지급형 무사고 기간입고객용)으로 체결한 계약을 말하며, 이하 동일합니다)의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.
- ③ 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해지환급금]

보험료 등의 감액시 해지환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

제20조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제18조(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 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

[보험나이의 계산 예시]

생년월일: 1991년 10월 2일, 계약일: 2019년 4월 13일
 ⇒ 2019년 4월 13일 - 1991년 10월 2일 = 27년 6월 11일 = 28세

제21조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에

따라 그때까지 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 "사망"은 다음 중 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 제1항에도 불구하고 사망을 보장하는 약관에서 보장하는 사유로 피보험자가 사망한 경우에는 해당 약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제33조(해지환급금) 제1항에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[책임준비금]

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

제5관. 보험료의 납입

제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 - 1. 제12조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 2. 제13조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 - 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 합니다.

제23조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제24조(보험료의 납입면제)

제3절. 납입면제조항 제3조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.

제25조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

제3절. 납입면제조항 제4조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제26조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제34조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자

동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

- ② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 보고 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]

보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호【부록】 참조에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호【부록】 참조에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(연체된 보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제13조(알릴 의무 위반의 효과), 제14조(사기에 의한 계약), 제15조(보험계약의 성립) 및 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초로 청약할 때 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제29조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- 1 회사에 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제19조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- 2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- 3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- 4 회사는 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.

[강제집행]

국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.

[담보권실행]

담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해지환급금 등

제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- 1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 2 제18조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있습니다. 피보험자의 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에 회사는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조(중대사유로 인한 해지)

- 1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 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 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제33조(해지환급금)에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제32조(회사의 파산선고와 해지)

- 1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
- 2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월을 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제33조(해지환급금)에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해지환급금 관련 유의사항】

1. 1종(해지환급금미지급형 신규고객용), 2종(해지환급금미지급형 무사고 기기가입고객용)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간 이후 계약이 해지되는 경우에는 각각 3종(표준형 신규고객용), 4종(표준형 무사고 기기가입고객용)의 해지환급금과 동일합니다.
2. 1종(해지환급금미지급형 신규고객용), 2종(해지환급금미지급형 무사고 기기가입고객용)은 각각 3종(표준형 신규고객용), 4종(표준형 무사고 기기가입고객용)보다 일반적으로 저렴한 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 회사는 1종(해지환급금미지급형 신규고객용), 2종(해지환급금미지급형 무사고 기기가입고객용) 가입 시 각각 3종(표준형 신규고객용), 4종(표준형 무사고 기기가입고객용)의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
4. 1.에도 불구하고, 해지환급금미지급형 계약의 2-14. 중증암진단비II 특별약관에 대해서는 해당 특별약관 제8조(특별약관 보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 납입면제가 발생한 이후 계약이 해지될 경우 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산한 해당 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.
5. 1.에도 불구하고, 해지환급금미지급형 계약의 2-15. 특정유사암 4기진단비 특별약관에 대해서는 해당 특별약관 제8조(특별약관 보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 납입면제가 발생한 이후 계약이 해지될 경우 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산한 해당 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “【별표9】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제34조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제35조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 분쟁조정 등

제36조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제37조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정을 담당하는 법원은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제38조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제39조(약관의 해석)

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

제40조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제41조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험 수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제42조(개인정보보호)

- ① 회사는 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, 회사는 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 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제43조(준거법)

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

제44조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]

예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 예금자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

제2절. 보장조항

1. 암(4대유사암제외)진단비

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- 이 보장에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(별표1 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(별표4 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- “암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(부록 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(4대유사암제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
“암”으로 진단확정시	15세미만	이 보장의 보험가입금액	이 보장의 보험가입금액	이 보장의 보험가입금액
	15세이상	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암(4대유사암제외)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 암(4대유사암제외)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(보장의 무효)

피보험자가 이 보장의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 보장은 무효로 하며, 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(보장의 소멸)

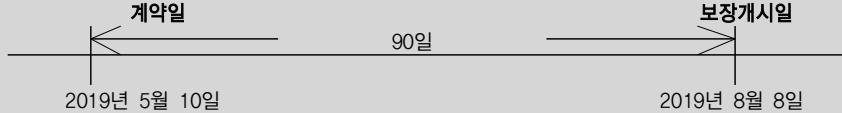
- 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 보장은 소멸되며, 이 보장의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적합한 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공동조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

【*암*의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)】



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약의 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공동조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

2. 4대유사암진단비

제1조(“4대유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 “4대유사암”이라 함은 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항에서 정한 “갑상선암”, 제5항에서 정한 “제자리암” 및 제6항에서 정한 “경계성종양”을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 보장에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상체불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ⑤ 이 보장에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표2】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑥ 이 보장에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑦ “4대유사암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “4대유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정이 된 경우에는 세부보장별(“기타 피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”)로 각각 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 4대유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “4대유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 4대유사암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 4대유사암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(보장의 소멸)

- 1 이 보장의 보험기간 중 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 4대유사암진단비를 세부보장별(“갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양”)로 각각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 보장은 소멸되며, 이 보장의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제3절. 납입면제조항

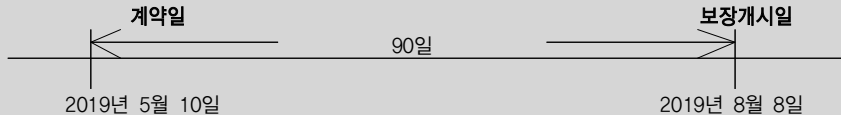
제1조("암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
- ② 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ③ "암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조("암"에 대한 회사의 보장개시)

- ① 제1절. 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

["암"의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)]



- ② 해지계약을 제1절. 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "암"의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제3조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 제2조("암"에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단확정되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 "2-14. 중증암진단비II 특별약관 및 2-15. 특정유사암 4기진단비 특별약관"에 대해서는 해당 특별약관을 따릅니다.
- ③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 제1항의 납입면제사유가 아래 각 호의 소멸사유에 해당하는 경우 해당 보장의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
 1. 보통약관(암(4대유사암제외)진단비)
 2. 암(4대유사암제외)진단생활자금(2년간 매월지급), 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비, 특정소

제4조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 계약자는 피보험자가 제2조("암"에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 "암"에 대한 보장개시일 전일 이전에 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단확정되고 "암"에 대한 보장개시일 이후 동일한 암("암"에 대한 보장개시일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일로부터 "암"에 대한 보장개시일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암"에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암"에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ③ 제1절, 공통조항 제15조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제3조(보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일로부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ⑤ 제2항의 "암"에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 "청약일로부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제1절, 공통조항 제27조(보험료의 납입이 면제되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

무배당
실속더한 든든암보험¹⁹⁰¹
특별약관

1. 상해관련 특별약관

1-1. 상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 "사망"이라 함은 이 특별약관의 보험기간에 다음 중 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.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명으로 결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명으로중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명으로중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 경우에는 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
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기, 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 임벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전, 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 1. 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

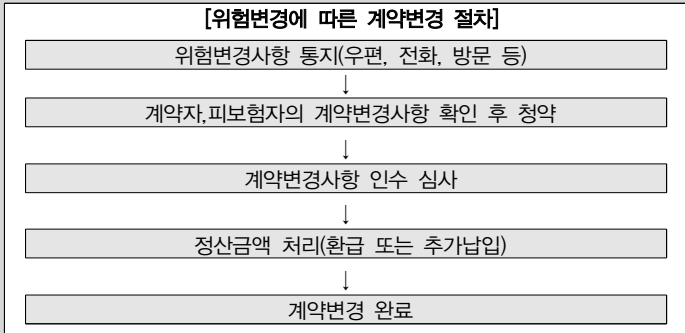
[직업]

- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예:6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- 2. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
- 3. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
- 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제19절, 공통조항 제19조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
 - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제19절, 공통조항 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항을 위반하고 그 의무가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 경우
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알릴 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우는 보통약관 제1절, 공동조항 제19조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.
- ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 서면 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 보통약관 제1절, 공동조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

1-2. 상해80%이상후유장애(1804) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 장애분류표(별표5) 참조에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 후유장애보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장애지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표5) 참조에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따

립니다.

- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약: 상해 발생일로부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약: 상해 발생일로부터 1년 이내
- ③ 장애분류표에서 정한 장애에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】 참조에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장애가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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 경우에는 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
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 1. 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경

- 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
- 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
- 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

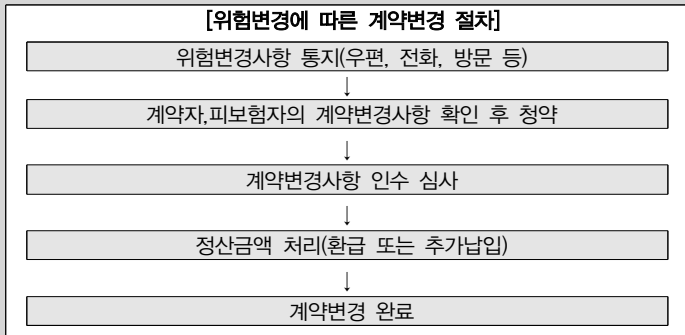
[직업]

- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예:6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- 2. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
- 3. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
- 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제1절, 공동조항 제19조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
 - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제1절, 공동조항 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항을 위반하고 그 의무가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 경우

- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 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, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우는 보통약관 제1절, 공동조항 제19조(계약내용의 변경 등)를 따릅니다.
- ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 서면 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 보통약관 제1절, 공동조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2. 질병관련 특별약관

2-1. 질병사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로서 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- 1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-2. 암(4대유사암제외)진단생활자금(2년간 매월지급) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신 생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신 생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신 생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
- 2 한국표준질병사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신 생물 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신 생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 3 "암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후

에 “암”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 2년간 매월 지급사유 발생해당일에 아래의 금액을 암(4대유사암제외)진단생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험수익자의 요청에 따라 일시에 지급할 수 있으며, 이 경우에는 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.

구 분	계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“암”으로 진단확정시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관의 보험가입금액의 50%

(예시기준: 15세이상 피보험자, 보험가입금액 100만원기준)

“암” 진단확정시기	총지급액	지급기준	보험가입금액	1회지급액
계약일부터 경과기간 90일 초과 1년 미만	1,200만원	보험가입금액의 50% X 24회	100만원	50만원
계약일부터 경과기간 1년 이상	2,400만원	보험가입금액의 100% X 24회	100만원	100만원

② 제1항에도 불구하고 해당 월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암(4대유사암제외)진단생활자금을 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공동조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암(4대유사암제외)진단생활자금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

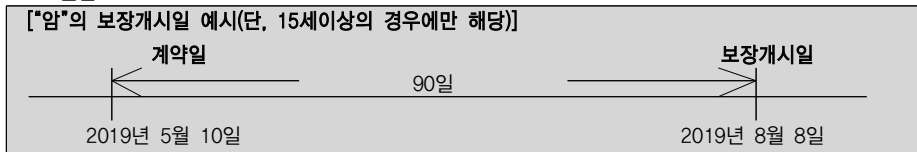
제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)진단생활자금 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공동조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공동조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다.

2-3. 암사망가족생활자금(2년간 매월지급) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ④ 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고 그 직접결과로서 보험기간 중에 사망한 경우에는 2년간 매월 지급사유 발생해당일에 아래의 금액을 암사망가족생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험수익자의 요청에 따라 일시에 지급할 수 있으며, 이 경우에는 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.

구 분	계약일부터 경과기간 90일 이하	계약일부터 경과기간 90일 초과
“암”으로 사망시	-	이 특별약관의 보험가입금액
“기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 사망시	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

(예시기준: 보험가입금액 100만원기준)

구 분	총지급액	지급기준	보험가입금액	1회지급액
“암”으로 사망시 (단, 계약일부터 경과기간 90일 초과)	2,400만원	보험가입금액의 100% X 24회	100만원	100만원
“기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 사망시	2,400만원	보험가입금액의 100% X 24회	100만원	100만원

② 제1항에도 불구하고 해당 월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암사망가족생활자금을 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암사망가족생활자금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명으로 결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명으로중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명으로중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

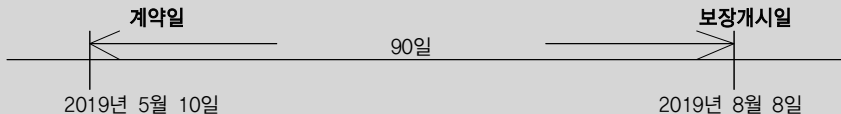
제5조(특별약관의 소멸)

- 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암사망가족생활자금 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- 보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

["암"의 보장개시일 예시]



- “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 - “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 - “기타피부암” 및 “갑상선암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-4. 암사망 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(별표1) 참조에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(별표1) 참조의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(별표1) 참조의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(별표4) 참조의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 “진단확정”은 「의료법, 제3조(의료기관) 제2항(부록) 참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경조건을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고 그 직접결과로서 보험기간 중에 사망한 경우에는 아래의 금액을 암사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	계약일부터 경과기간 90일 이하	계약일부터 경과기간 90일 초과
“암”으로 사망시	-	이 특별약관의 보험가입금액
“기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 사망시	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암사망보험금을 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암사망보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」(부록) 참조에 따른

연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- 1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암사망보험금 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

- 1 보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



- 2 "기타피부암" 및 "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- 1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- 2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. "기타피부암" 및 "갑상선암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-5. 질병80%이상후유장해(1804) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접 결과로써 장애분류표(별표5) 참조)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장애지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경

우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표5】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약: 질병의 진단확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약: 질병의 진단확정일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-6. 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비 특별약관

제1조(“암(특정소액암 및 4대유사암제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암(특정소액암 및 4대유사암제외)”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 제2항에서 정한 “특정소액암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “특정소액암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)에 있어서 아래의 악성신생물로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 자궁경부의 악성 신생물	C53
3. 자궁체부의 악성 신생물	C54
4. 전립선의 악성 신생물	C61
5. 방광의 악성 신생물	C67

※ 제8차 개정이후 한국표준질병-사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- ③ 한국표준질병-사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ④ “암(특정소액암 및 4대유사암제외)”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(특정소액암 및 4대유사암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정소액암 및 4대유사암제외)”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
“암(특정소액암 및 4대유사암제외)”으로 진단확정시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “암(특정소액암 및 4대유사암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공동조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(특정소액암 및 4대유사암제외)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

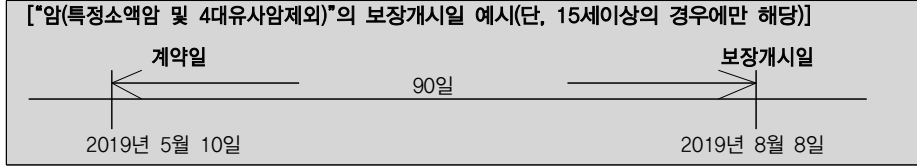
제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암(특정소액암 및 4대유사암제외)”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “암(특정소액암 및 4대유사암제외)”의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-7. 특정소액암진단비 특별약관

제1조(“특정소액암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “특정소액암”이라 함은 아래의 악성신생물로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)에 따릅니다. 다만 “진암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”인 경우는 제외합니다. 또한, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 자궁경부의 악성 신생물	C53
3. 자궁체부의 악성 신생물	C54
4. 전립선의 악성 신생물	C61
5. 방광의 악성 신생물	C67

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- ② 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표【별표4】 참조의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ③ “특정소액암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “특정소액암”으로 진단 또는 치료를 받고

있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “특정소액암”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정소액암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
“특정소액암”으로 진단확정시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “특정소액암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정소액암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공동조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 특정소액암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “특정소액암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

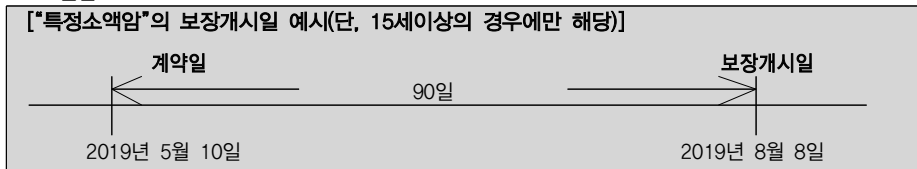
제5조(특별약관의 소멸)

- 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정소액암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공동조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “특정소액암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

- 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
- 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “특정소액암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-8. 소화기관암진단비 특별약관

제1조(“소화기관암”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “소화기관암”이라 함은 아래의 악성신생물로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)에 따릅니다. 다만 “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다. 또한, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
소화기관의 악성 신생물	C15-C26
- 식도의 악성 신생물	C15
- 위의 악성 신생물	C16
- 소장의 악성 신생물	C17
- 결장의 악성 신생물	C18
- 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
- 직장의 악성 신생물	C20
- 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
- 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
- 담낭의 악성 신생물	C23
- 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
- 췌장의 악성 신생물	C25
- 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하
는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- 2 “소화기관암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “소화기관암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “소화기관암”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 소화기관암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
“소화기관암”으로 진단확정시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “소화기관암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 소화기관암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 소화기관암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “소화기관암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

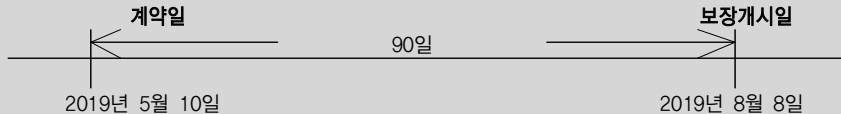
1. 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소화기관암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
2. 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “소화기관암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

【“소화기관암”의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)】



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1. 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
2. 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “소화기관암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-9. 호흡기관암진단비(호흡기 및 흉곽내기관) 특별약관

제1조(“호흡기 및 흉곽내기관암”의 정의 및 진단확정)

1. 이 특별약관에서 “호흡기 및 흉곽내기관암”이라 함은 아래의 악성신생물로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)에 따릅니다. 다만 “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로

변하기 이전 상태”는 제외합니다. 또한, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96) 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
호흡기 및 흉곽내기관암의 악성 신생물	C30-C39
- 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
- 부비동의 악성 신생물	C31
- 후두의 악성 신생물	C32
- 기관의 악성 신생물	C33
- 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
- 흉선의 악성 신생물	C37
- 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
- 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관암의 악성 신생물	C39

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- ② “호흡기 및 흉곽내기관암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(「부록」 참조)에서 규정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “호흡기 및 흉곽내기관암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “호흡기 및 흉곽내기관암”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 호흡기 및 흉곽내기관암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부부터 경과기간 1년 미만		계약일부부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
“호흡기 및 흉곽내기관암”으로 진단확정시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “호흡기 및 흉곽내기관암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 호흡기 및 흉곽내기관암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 호흡기 및 흉곽내기관암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “호흡기 및 흉곽내기관암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

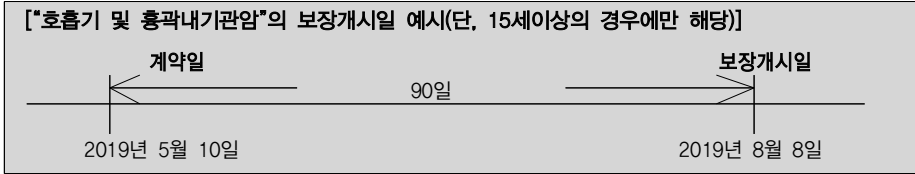
제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 호흡기 및 흉곽내기관암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “호흡기 및 흉곽내기관암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “호흡기 및 흉곽내기관암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다.

2-10. 여성생식기관암진단비 특별약관

제1조(“여성생식기관암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “여성생식기관암”이라 함은 아래의 악성신생물로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)에 따릅니다. 다만 “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다. 또한, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태 (P00-P96)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
여성생식기관의 악성 신생물	C51-C58
- 외음의 악성 신생물	C51
- 질의 악성 신생물	C52
- 자궁경부의 악성 신생물	C53
- 자궁체부의 악성 신생물	C54
- 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
- 난소의 악성 신생물	C56
- 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물	C57
- 태반의 악성 신생물	C58

※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- ② “여성생식기관암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격

증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “여성생식기관암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “여성생식기관암”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 여성생식기관암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
“여성생식기관암”으로 진단확정시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “여성생식기관암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 여성생식기관암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 여성생식기관암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “여성생식기관암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

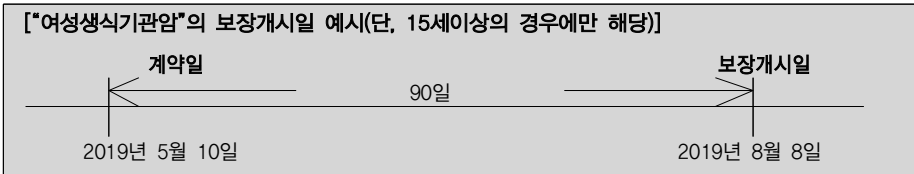
제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성생식기관암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “여성생식기관암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

- 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
- 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해

지계약의 부활(효력회복)을 따릅니다.

- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “여성생식기관암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-11. 남성생식기관암진단비 특별약관

제1조(“남성생식기관암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “남성생식기관암”이라 함은 아래의 악성신생물로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)에 따릅니다. 다만 “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다. 또한, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
남성생식기관의 악성 신생물	C60-C63
- 음경의 악성 신생물	C60
- 전립선의 악성 신생물	C61
- 고환의 악성 신생물	C62
- 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- ② “남성생식기관암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경조건을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “남성생식기관암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “남성생식기관암”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 남성생식기관암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
“남성생식기관암”으로 진단확정시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “남성생식기관암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 남성생식기관암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제

1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 남성생식기관암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “남성생식기관암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

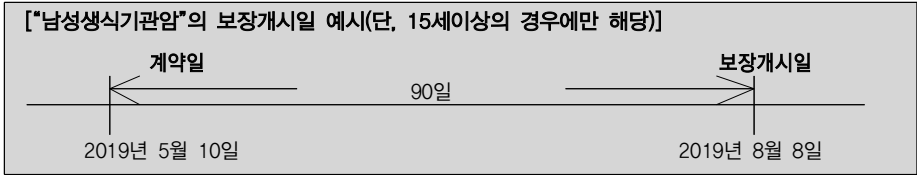
제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 남성생식기관암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “남성생식기관암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

- 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
- 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “남성생식기관암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 - 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 - 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-12. 비뇨기관암(요로암)진단비 특별약관

제1조(“요로암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “요로암”이라 함은 아래의 악성신생물로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)에 따릅니다. 다만 “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다. 또한, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태 (P00~P96)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
요로의 악성 신생물	C64-C68
- 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
- 신우의 악성 신생물	C65
- 요관의 악성 신생물	C66
- 방광의 악성 신생물	C67
- 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68

※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- ② “요로암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조】에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “요로암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “요로암”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 요로암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부부터 경과기간 1년 미만		계약일부부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
“요로암”으로 진단확정시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “요로암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 요로암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 요로암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “요로암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

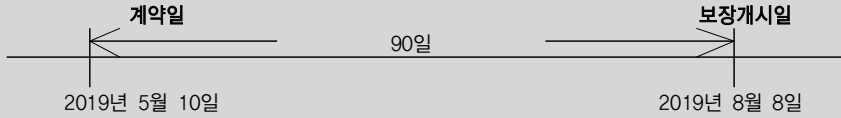
- 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 요로암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “요로암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

["요로암"의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)]



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "요로암"의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-13. 10대고액치료비암진단비 특별약관

제1조("10대고액치료비암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "10대고액치료비암"이라 함은 아래의 악성신생물로 분류되는 질병을 말하며, 질병 분류기준은 제7차 개정 한국표준질병-사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)에 따릅니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다. 또한, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 췌장의 악성 신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성 신생물	C70-72
- 수막의 악성 신생물	C70
- 뇌의 악성 신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81-96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88

대 상 질 병	분류번호
- 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 악성 신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
7. 담낭의 악성 신생물	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
9. 기관의 악성 신생물	C33
10. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

※ 제8차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- ② “10대고액치료비암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항((부록) 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “10대고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “10대고액치료비암”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 10대고액치료비암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	계약일부부터 경과기간 1년 미만		계약일부부터 경과기간 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“10대고액치료비암”으로 진단확정시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “10대고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 10대고액치료비암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 10대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “10대고액치료비암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은

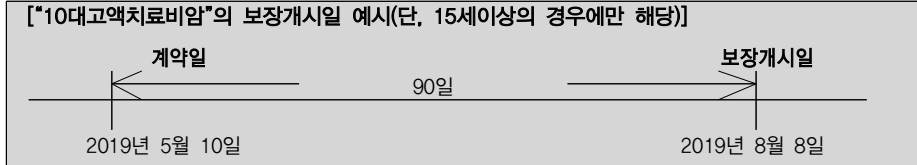
소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “10대고액치료비암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

- 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
- 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “10대고액치료비암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 - 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 - 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-14. 중증암진단비 II 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “암”은 “특정암”, “4기암(특정암제외)” 및 “1~3기암(특정암제외)”로 구분됩니다.
- ③ 이 특별약관에서 “특정암”이라 함은 특정암 분류표【별표6】 참조)에서 정한 악성신생물에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 “4기암”이라 함은 아래에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제7판 TNM 병기분류상 “Stage4”에 해당하는 경우
 - 2. FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) 분류상 “Stage4”에 해당하는 경우
 - 3. Astler-Coller 분류상 “stage D”에 해당하는 경우
 - 4. Jewett 분류상 “stage D”에 해당하는 경우
 - 5. 원발불명암(최초 부위를 알 수 없는 암)이 진단된 경우
 - 6. 한국표준질병사인분류에 있어서 C77~C80(이차성 및 상세포암 부위의 악성신생물)으로 진단되고, 원발부위(최초 발생한 부위)가 확인되지 않는 경우
 - 7. 병기구분 불가암 분류표【별표7】 참조)에 해당하는 암(이하 “병기구분 불가암”이라 함)으로

- 진단확정된 후 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우
8. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의뢰기록 등에 근거하여 "TNM 병기 4기"에 준하는 단계라고 진단받은 경우
 9. "4기암"을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 "4기암" 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 "4기암"을 판단할 수 있습니다.
 10. 제1호 내지 제4호 및 제8호의 병기분류가 증상별 병기 판단기준 개정 등의 사유로 변경된 경우에는 변경된 병기분류에 따라 적용합니다.
 11. 제10호에도 불구하고 의학의 발전, 관련 학술기구국제기구의 변경(해체 포함), 법령의 변경 등으로 병기분류체계가 변경되어 제1호 내지 제4호 및 제8호의 병기분류를 지속적으로 적용하기 어려운 경우에는 회사가 새로운 병기분류체계에서 이 특별약관의 "4기암"에 해당하는 병기 혹은 그 판단기준(이하 "변경된 판단기준"이라 합니다)을 정합니다.
 12. 제11호에 따라 "4기암"의 "변경된 판단기준"을 실시하고자 하는 경우에는 그 변경내용에 대하여 변경적용일 30일 이전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여야 합니다. 다만, 안내한 날로부터 30일이 지나는 동안 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 변경적용일부터 "변경된 판단기준"이 적용되는 것으로 합니다.
 13. 계약자가 "4기암"의 "변경된 판단기준"에 따르는 것을 원하지 않는 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

[병기(암의 진행상태)]

병기란 암의 발견 당시의 진행상태를 표현하는 말로 1기부터 4기로 분류되며, 암의 진행정도가 심해 질수록 숫자가 올라갑니다.

[TNM병기]

임상적으로 각 장기에 발생하는 암을 T는 원발소(primary Tumor), N는 소속림프절(regional lymph Node), M는 원격전이(distant Metastasis)를 나타내는 머리문자를 가지고 표기하고 있습니다.

- ⑤ 이 특별약관에서 "4기암(특정암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"으로 분류되는 질병에서 제3항의 "특정암"을 제외한 암 중 "4기암"에 해당하는 암을 말합니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 "1~3기암(특정암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"으로 분류되는 질병 중 제3항의 "특정암"과 제5항의 "4기암(특정암제외)"에 해당하지 않는 "암"을 말합니다.
- ⑦ 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ⑧ "암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy), 혈액(hemic system) 검사 또는 골수검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

["암"의 정의 요약]

이 특별약관에서 "암"은 "특정암", "4기암(특정암제외)", "1~3기암(특정암제외)"로 구분됩니다.

구 분	세 부 내 용
특정암	【별표6】 특정암 분류표에서 정한 "암"
4기암(특정암제외)	"특정암"을 제외한 "암" 중 "4기암"에 해당하는 "암"
1~3기암(특정암제외)	"특정암"과 "4기암"에 해당되지 않는 "암"

주) "기타피부암" 및 "갑상선암"은 이 특별약관 보장대상에서 제외됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "특정암" 또는 "4기암(특정암제외)"로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증암

진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	계약일부부터 경과기간 1년 미만		계약일부부터 경과기간 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“특정암” 또는 “4기암(특정암제외)”로 진단확정시	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① “특정암” 또는 “4기암(특정암제외)” 중 동시에 2가지 이상의 암으로 진단확정되었을 때에는 하나의 중증암진단비만 지급합니다.
- ② 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)의 각 호에서 정한 방법에 의하여 “병기구분 불가암”에 대해서는 중증암진단비를 지급하지 않습니다. 다만, 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제4항 제7호에 해당하는 “병기구분 불가암”의 경우 중증암진단비를 지급합니다.
- ③ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “특정암” 또는 “4기암(특정암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 중증암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 중증암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 보험금 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 암진단서, 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등). 다만 회사양식의 사고증명서를 추가로 제출해야 하며, 해당 증명서에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 인정되는 “4기암”에 해당한다는 내용이 포함되어야 합니다.
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【“4기암” 진단서 예시】

1. 홍길동은 2019년 4월 1일 위암 StageⅣ(TNM)로 진단되었습니다.
2. 홍길동은 2019년 4월 1일 위암 T2N2M1(TNM)로 진단되었습니다.
3. 홍길동은 2019년 4월 1일 전립선암 StageD(Jewett)로 진단되었습니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

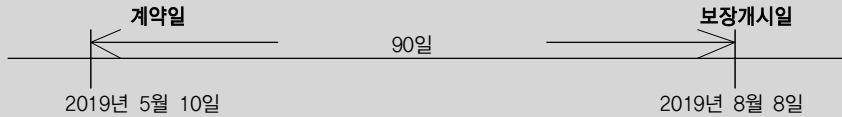
제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “특정암” 및 “4기암(특정암제외)”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

["특정암" 및 "4기암(특정암제외)"의 보장개시일 예시]



제8조(특별약관 보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 "특정암" 및 "4기암(특정암제외)"의 보장개시일 이후에 이 특별약관에서 정한 "1~3기암(특정암제외)"로 진단확정되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "특정암" 및 "4기암(특정암제외)"에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제24조(보험료의 납입면제), 제25조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-15. 특정유사암 4기진단비 특별약관

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 아래의 악성신생물로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)에 따릅니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"인 경우는 제외합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 기타 피부의 악성 신생물	C44
2. 갑상선의 악성 신생물	C73

- ② 이 특별약관에서 "4기암"이라 함은 아래에 해당하는 경우를 말합니다.
 1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제7판 TNM 병기분류상 "Stage4"에 해당하는 경우
 2. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의뢰기록 등에 근거하여 "TNM 병기 4기"에 준하는 단계라고 진단받은 경우
 3. "4기암"을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 "4기암" 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 "4기암"을 판단할 수 있습니다.
 4. 제1호 및 제2호의 병기분류가 증상별 병기 판단기준 개정 등의 사유로 변경된 경우에는 변경된 병기분류에 따라 적용합니다.
 5. 제4호에도 불구하고 의학의 발전, 관련 학술기구국제기구의 변경(해체 포함), 법령의 변경 등으로 병기분류체계가 변경되어 제1호 및 제2호의 병기분류를 지속적으로 적용하기 어려운 경우에는 회사가 새로운 병기분류체계에서 이 특별약관의 "4기암"에 해당하는 병기 혹은 그 판단기준(이하 "변경된 판단기준"이라 합니다)을 정합니다.

6. 제5호에 따라 “4기암”의 “변경된 판단기준”을 실시하고자 하는 경우에는 그 변경내용에 대하여 변경적용일 30일 이전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여야 합니다. 다만, 안내한 날로부터 30일이 지나는 동안 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 변경적용일부터 “변경된 판단기준”이 적용되는 것으로 합니다.
7. 계약자가 “4기암”의 “변경된 판단기준”에 따르는 것을 원하지 않는 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

[병기(암)의 진행상태]

병기란 암의 발견 당시의 진행상태를 표현하는 말로 1기부터 4기로 분류되며, 암의 진행정도가 심해 질수록 숫자가 올라갑니다.

[TNM병기]

임상적으로 각 장기에 발생하는 암을 T는 원발소(primary Tumor), N는 소속림프절(regional lymph Node), M는 원격전이(distant Metastasis)를 나타내는 머리문자를 가지고 표기하고 있습니다.

- ③ 이 특별약관에서 “특정유사암 4기암”이라 함은 제1항과 제2항에 따라 “특정유사암”이면서 “4기암”에 해당되는 경우를 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 “특정유사암 1~3기암”이라 함은 제1항에서 정한 “특정유사암”으로 분류되는 질병 중 제3항의 “특정유사암 4기암”에 해당하지 않는 “특정유사암”을 말합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 “특정유사암”은 “특정유사암 1~3기암”, “특정유사암 4기암”으로 구분됩니다.
- ⑥ 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(별표4) 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ⑦ “특정유사암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(부록) 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡진검사(fine needle aspiration biopsy), 혈액(hemic system) 검사 또는 골수검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “특정유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “특정유사암 4기암”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정유사암 4기진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	계약일부서 경과기간 1년 미만		계약일부서 경과기간 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“특정유사암 4기암” 진단확정시	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① “특정유사암 4기암” 중 동시에 2가지의 암으로 진단확정되었을 때에는 하나의 특정유사암 4기진단비만 지급합니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “특정유사암 4기암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정유사암 4기진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 특정유사암 4기진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 보험금 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 암진단서, 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등). 다

만 회사양식의 사고증명서를 추가로 제출해야 하며, 해당 증명서에 제1조(“특정유사암”의 정의 및 진단확정)에서 인정되는 “4기암”에 해당한다는 내용이 포함되어야 합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【“4기암” 진단서 예시】
 1. 흉길동은 2019년 4월 1일 갑상선암 StageⅣ(TNM)로 진단되었습니다.

제5조(특별약관의 무효)

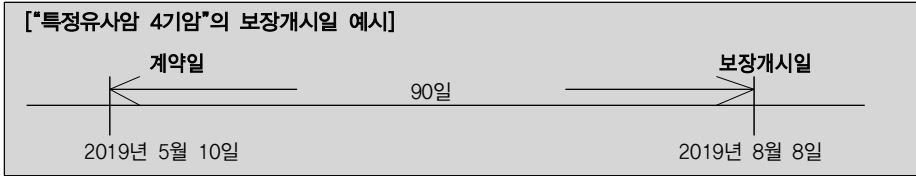
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “기타 피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정유사암 4기진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “특정유사암 4기암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제8조(특별약관 보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 1. 보통약관 제3절, 납입면제조항 제3조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 사유가 발생한 경우
 2. 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 “특정유사암 4기암”의 보장개시일 이후에 제1조(“특정유사암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정유사암 1~3기암”으로 진단확정 되었을 경우
- ② 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “특정유사암 4기암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다

만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제24조(보험료의 납입면제)는 준용하지 않습니다.

2-16. 계속암(재진단암)진단비 II 특별약관

제1조(“첫번째암” 및 “재진단암”의 정의 및 진단확정)

- ① “첫번째암” 및 “재진단암”은 악성신생물 분류표(별표1) 참조)에서 다음을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, “전암(前癌)상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

["첫번째암" 및 "재진단암"에서 제외되는 악성신생물]

“첫번째암”에서 제외되는 악성신생물	“재진단암”에서 제외되는 악성신생물
C44(기타 피부의 악성 신생물) C73(갑상선의 악성 신생물) -	C44(기타 피부의 악성 신생물) C73(갑상선의 악성 신생물) C61(전립선의 악성 신생물)

- ② 이 특별약관에서 “재진단암”이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
1. 새로운 원발암
 2. 전이암
 3. 재발암
 4. 잔여암

[재진단암의 세부 정의]

1. 새로운 원발암: 원발부위에 발생한 암으로 “첫번째암” 또는 “재진단암”과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암
2. 전이암: 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암
3. 재발암: “첫번째암” 또는 “재진단암”과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 “첫번째암” 또는 “재진단암”의 암세포를 제거한 후 그 “첫번째암” 또는 “재진단암”으로 인하여 새롭게 암이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 경우
4. 잔여암: 보장개시일 이후 발생한 “첫번째암” 및 “재진단암”의 진단 부위에 암세포가 남아 있는 경우.

단, “첫번째암”이 C61(전립선의 악성 신생물)인 경우, 2년 후 “재진단암” 보장을 개시하되 전립선암에 대한 계속암(재진단암)진단비는 지급하지 않습니다.

“첫번째암”(전립선암) 진단	“재진단암” 보장개시
_____	전립선암 진단확정시 면책
_____ 2년(면책)	

- ③ 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(별표4) 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ④ “첫번째암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(부록) 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “첫번째암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑤ “재진단암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(부록) 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 상

기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단암”으로 진단 또는 치료(암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

[항암방사선치료, 항암약물치료 및 수술]

1. 항암방사선치료: 치료방사선과 또는 방사선중양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법.
2. 항암약물치료: 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

3. 수술

- ① 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로, 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말함.
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됨.
다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외.
- ② ①의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한함.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

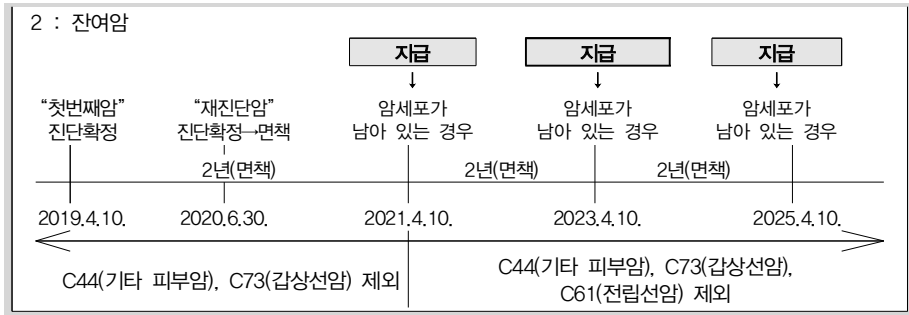
제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 “재진단암”의 보장개시일 이후에 “재진단암”으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 계속암(재진단암)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

[계속암(재진단암)진단비 예시]

1 : 새로운 원발암, 전이암, 재발암





제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “재진단암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 계속암(재진단암)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공동조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 계속암(재진단암)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 2년 이내에 “재진단암”으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 “첫번째암”의 보장개시일 전일 이전에 “첫번째암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

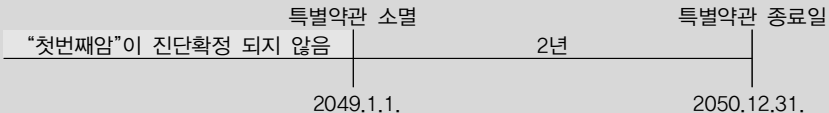
제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 회사는 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

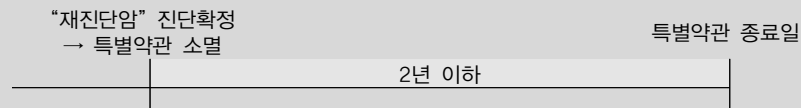
1. “첫번째암”이 진단확정되지 않고, 이 특별약관의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간(이하 “잔여 보험기간”이라 합니다)이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
2. 제1호에도 불구하고, “재진단암”이 진단확정되어 계속암(재진단암)진단비 지급사유가 발생하고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

[특별약관의 소멸 예시]

1. “첫번째암”이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



2. “재진단암” 진단확정 시점에 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “첫번째암” 및 “재진단암”에 대한 회사의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. “첫번째암”의 보장개시일 :

- 가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
- 나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

2. “재진단암”의 보장개시일 :

- 가. 첫 번째 “재진단암” : “첫번째암” 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
- 나. 두 번째 이후 “재진단암” : 직전 “재진단암” 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날

계약일 = “첫번째암” 보장개시	“첫번째암” 진단확정	“재진단암” 보장개시	“재진단암” 진단확정	“재진단암” 보장개시
	2년(면책)		2년(면책)	
2019.1.1	2019.4.10.	2021.4.10.	2021.6.10.	2023.6.10.

계약일	“첫번째암” 보장개시	“첫번째암” 진단확정	“재진단암” 보장개시	“재진단암” 진단확정	“재진단암” 보장개시
	90일(면책)	2년(면책)		2년(면책)	
2019.1.1	2019.4.1.	2019.4.10.	2021.4.10.	2021.6.10.	2023.6.10.

제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “첫번째암” 및 “재진단암”에 대한 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. 이 특별약관이 해지되기 전에 “첫번째암”으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제7조(회사의 보장개시) 제1호 및 제2호를 적용합니다.
 2. 이 특별약관이 해지되기 전에 “첫번째암” 또는 “재진단암”으로 진단확정된 경우 : “재진단암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-17. 계속암(재진단암)진단생활자금 II(2년간 매월지급) 특별약관

제1조(“첫번째암” 및 “재진단암”의 정의 및 진단확정)

- ① “첫번째암” 및 “재진단암”은 악성신생물 분류표【별표1】 참조)에서 다음을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, “전암(前癌)상태(Premalignant

condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)도 제외합니다.

["첫번째암" 및 "재진단암"에서 제외되는 악성신생물]

"첫번째암"에서 제외되는 악성신생물	"재진단암"에서 제외되는 악성신생물
C44(기타 피부의 악성 신생물) C73(갑상선의 악성 신생물) -	C44(기타 피부의 악성 신생물) C73(갑상선의 악성 신생물) C61(전립선의 악성 신생물)

② 이 특별약관에서 "재진단암"이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

["재진단암"의 세부 정의]

1. 새로운 원발암: 원발부위에 발생한 암으로 "첫번째암" 또는 "재진단암"과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암
2. 전이암: 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 지속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암
3. 재발암: "첫번째암" 또는 "재진단암"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫번째암" 또는 "재진단암"의 암세포를 제거한 후 그 "첫번째암" 또는 "재진단암"으로 인하여 새롭게 암이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 경우
4. 잔여암: 보장개시일 이후 발생한 "첫번째암" 및 "재진단암"의 진단 부위에 암세포가 남아 있는 경우.

단, "첫번째암"이 C61(전립선의 악성 신생물)인 경우, 2년 후 "재진단암" 보장을 개시하되 전립선암에 대한 계속암(재진단암)진단생활자금은 지급하지 않습니다.

"첫번째암"(전립선암) 진단	"재진단암" 보장개시
2년(면책)	전립선암 진단확정시 면책

- ③ 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ④ "첫번째암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "첫번째암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑤ "재진단암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "재진단암"으로 진단 또는 치료(암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

["항암방사선치료, 항암약물치료 및 수술"]

1. 항암방사선치료: 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법.
2. 항암약물치료: 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는

면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

3. 수술

- ① 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로, 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말함.
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됨.
다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외.
- ② ①의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한함.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

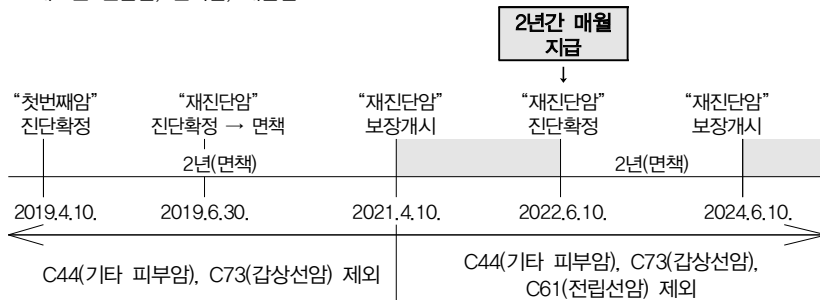
- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 "재진단암"의 보장개시일 이후에 "재진단암"으로 진단확정된 경우에는 2년간 매월 지급사유 발생해당일에 이 특별약관의 보험가입금액을 계속암(재진단암)진단생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험수익자의 요청에 따라 일시에 지급할 수 있으며, 이 경우에는 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급합니다.

(예시기준: 보험가입금액 100만원기준, 보장개시일 이후 "재진단암"으로 진단확정시)

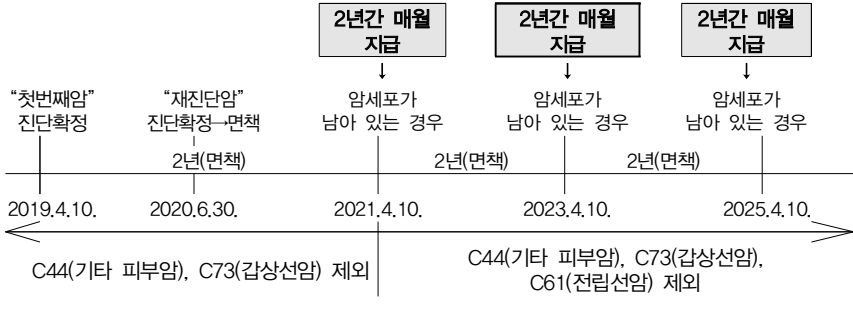
총지급액	지급기준	보험가입금액	1회지급액
2,400만원	보험가입금액의 100% X 24회	100만원	100만원

[계속암(재진단암)진단생활자금 예시]

1 : 새로운 원발암, 전이암, 재발암



2 : 잔여암



② 제1항에도 불구하고 해당 월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “재진단암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 계속암(재진단암)진단생활자금을 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공동조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 계속암(재진단암)진단생활자금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 2년 이내에 “재진단암”으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

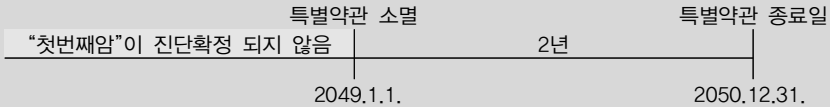
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 “첫번째암”의 보장개시일 전일 이전에 “첫번째암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

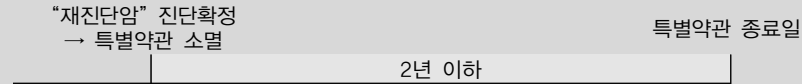
- ① 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 회사는 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. “첫번째암”이 진단확정 되지 않고, 이 특별약관의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간(이하 “잔여 보험기간”이라 합니다)이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
 2. 제1항에도 불구하고, “재진단암”이 진단확정 되어 계속암(재진단암)진단생활자금 지급사유가 발생하고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

[특별약관의 소멸 예시]

1. "첫번째암"이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



2. "재진단암" 진단확정 시점에 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(회사의 보장개시)

① 보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "첫번째암" 및 "재진단암"에 대한 회사의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. "첫번째암"의 보장개시일 :

- 가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
- 나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

2. "재진단암"의 보장개시일 :

- 가. 첫 번째 "재진단암" : "첫번째암" 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
- 나. 두 번째 이후 "재진단암" : 직전 "재진단암" 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날

["재진단암"의 보장개시일 예시](단, 15세미만의 경우에만 해당)

계약일 = "첫번째암" 보장개시	"첫번째암" 진단확정	"재진단암" 보장개시	"재진단암" 진단확정	"재진단암" 보장개시
2019.1.1	2019.4.10.	2년(면책)	2021.4.10.	2년(면책)
			2021.6.10.	2023.6.10.

["재진단암"의 보장개시일 예시](단, 15세이상의 경우에만 해당)

계약일	"첫번째암" 보장개시	"첫번째암" 진단확정	"재진단암" 보장개시	"재진단암" 진단확정	"재진단암" 보장개시
2019.1.1	90일(면책)	2019.4.10.	2년(면책)	2021.4.10.	2년(면책)
				2021.6.10.	2023.6.10.

제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 "첫번째암" 및 "재진단암"에 대한 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

- 1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암"으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제7조(회사의 보장개시) 제1호 및 제2호를 적용합니다.
- 2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암" 또는 "재진단암"으로 진단확정된 경우 : "재진단암"에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-18. 뇌졸중진단비 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌졸중”이라 함은 아래의 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)에 따릅니다. 다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- ② “뇌졸중”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
“뇌졸중”으로 진단확정시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-19. 급성심근경색증진단비 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 아래의 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)에 따릅니다. 다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② “급성심근경색증”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 재(치)과의사 제외에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부부터 경과기간 1년 미만	계약일부부터 경과기간 1년 이상
“급성심근경색증”으로 진단확정시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제21조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-20. 특정양성뇌종양진단비 특별약관

제1조("특정양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "특정양성뇌종양"이라 함은 뇌에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 아래의 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)에 따릅니다. 단, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다. 다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

※ 제8차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② "특정양성뇌종양"의 진단확정은 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정양성뇌종양"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정양성뇌종양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정양성뇌종양진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 준용하지 않습니다.

2-21. 말기암호스피스통증완화입원치료비 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
- ② 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상체불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우

일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ③ “암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“말기암환자”, “호스피스전문기관”, “말기암환자 완화의료”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “말기암환자”라 함은 「암관리법」 제2조(정의) 제1호【부록】 참조에 따라 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “호스피스전문기관”이란 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)【부록】 참조에 의해서 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 “말기암환자 완화의료”란 「암관리법」 제2조(정의) 제2호【부록】 참조에 따라 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암 환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는것을 목적으로 하는 의료를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고, “말기암환자”를 대상으로 하는 “말기암환자 완화의료” 치료를 목적으로 피보험자 본인이 “호스피스전문기관”의 완화의료병동에 입원한 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 말기암호스피스통증완화입원치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“말기암환자 완화의료” 입원치료시	-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 무효)

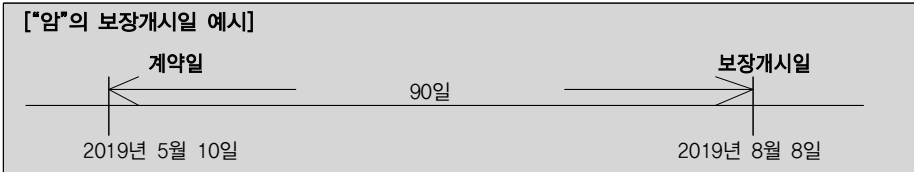
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기암호스피스통증완화입원치료비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공동조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공동조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 준용하지 않습니다.

2-22. 암수술비 II 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신 생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신 생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신 생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신 생물 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신 생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신 생물 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신 생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신 생물 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신 생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ⑤ “암”, “기타피부암”, 또는 “갑상선암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신 생물 분류표(【별표2】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “제자리암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신 생물 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “경계성종양”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제4조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외합니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)【부록】참조에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.
- ④ 제3항의 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 “암 등의 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑤ 제3항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암 등의 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 아래의 금액을 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부부터 경과기간 1년 미만		계약일부부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
“암”으로 수술시	15세미만	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 20%		
“기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%		

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.

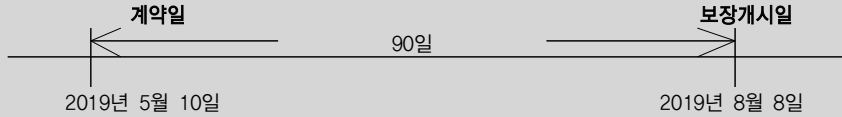
제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절. 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

【“암”의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)】



- ② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
1. “암”의 보장개시일
 - 가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 - 나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다.

2-23. 암(4대유사암제외)수술비(1회한) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44 (기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ③ “암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보존적지부 산하 신의료기술평가

위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 쫓아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외합니다.

- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)【부록】 참조에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.
- ④ 제3항의 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑤ 제3항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(4대유사암제외)수술비(1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부부터 경과기간 1년 미만		계약일부부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
“암”으로 수술시	15세미만	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

항암방사선치료 및 항암약물치료는 암(4대유사암제외)수술비(1회한)이 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

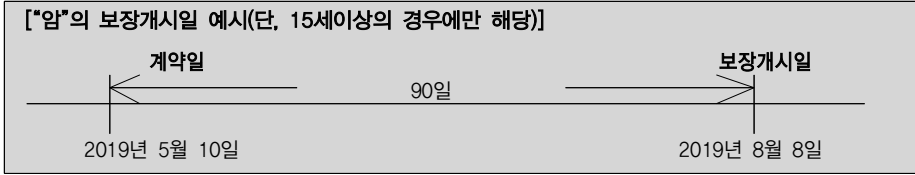
- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)수술비(1회한) 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개

시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "암"의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-24. 암직접치료입원비II(요양병원제외, 1일이상180일한도) 특별약관

제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44 (기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ④ 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ⑤ "암", "기타피부암", 또는 "갑상선암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표2】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 한국표준질병사인분류에 따릅니다.

- ② “제자리암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표【별표3】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “경계성종양”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제4조(“입원”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “암 등의 질병의 직접적인 치료”를 목적으로 한 “입원”이란 의사에 의해 “암 등의 질병”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “암 등의 질병”으로 진단된 경우에 이는 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조 (“암 등의 질병의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암 등의 질병의 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 인정하는 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암 등의 질병의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암 등의 질병의 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 “암 등의 질병의 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. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호【부록】참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조(보험금의 지급사유)

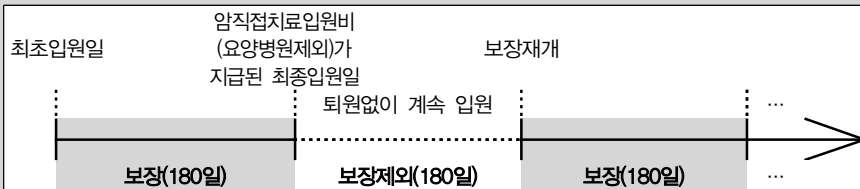
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단이 확정되고 “암 등의 질병의 직접적인 치료”를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원비(요

양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료입원비(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분		계약일부부터 경과기간 1년 미만		계약일부부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
"암"으로 입원시	15세미만	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
"갑상선암"으로 입원시		입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%		
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시		입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%		

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 "암 등의 질병"에 대한 "암 등의 질병의 직접적인 치료"를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 "암 등의 질병"에 대한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 제1항의 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 "암 등의 질병"으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "암 등의 질병"에 대한 "암 등의 질병의 직접적인 치료"를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 "암 등의 질병"에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료입원비(요양병원제외)는 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

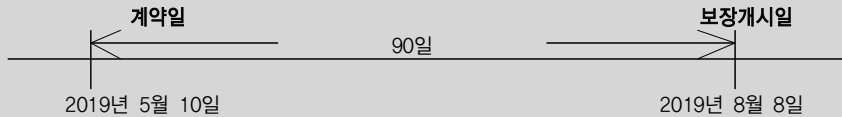
제8조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 "암"에 대한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제9조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공동조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

["암"의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)]



② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 - 1. “암”의 보장개시일
 - 가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 - 나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 - 2. “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다.

2-25. 암요양병원입원비II(1일이상60일한도) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44 (기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ④ 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ⑤ “암”, “기타피부암”, 또는 “갑상선암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표2】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ② “제자리암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원,

의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표3) 참조에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② "경계성종양"의 "진단확정"은 "의료법, 제3조(의료기관) 제2항(부록) 참조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"(이하 "암 등의 질병"이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 "의료법, 제3조의(의료기관) 제2항(부록) 참조에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 한 "입원"이란 의사에 의해 "암 등의 질병"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "암 등의 질병"의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "암 등의 질병"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "암 등의 질병"으로 진단된 경우에 이는 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험금의 지급사유)

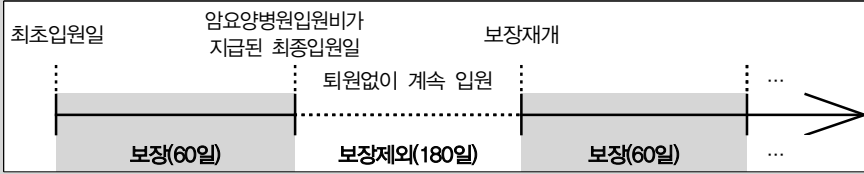
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암 등의 질병"으로 진단이 확정되고 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암요양병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

구 분		계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
"암"으로 입원시	15세미만	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
"갑상선암"으로 입원시		입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%		
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시		입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%		

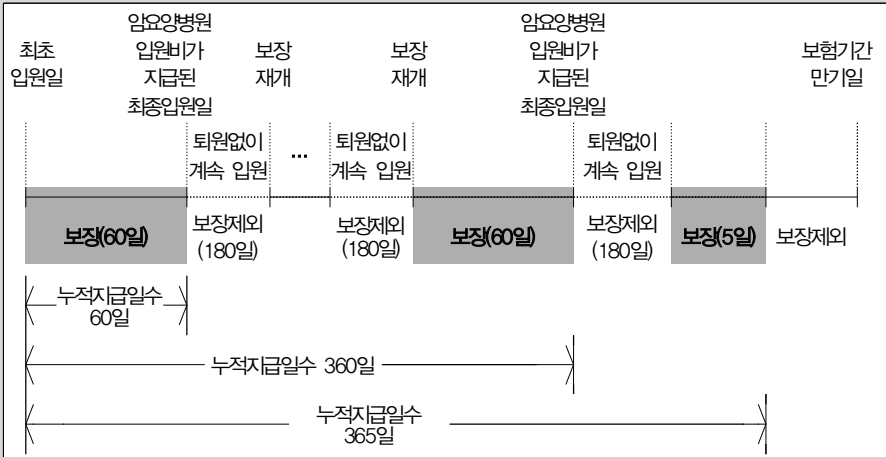
제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 "암 등의 질병"에 대한 입원이라도 암요양병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암요양병원

입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 제1항의 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 "암 등의 질병"으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 "암 등의 질병"으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 가입일부터 지급된 암요양병원입원비의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만기일까지 동일한 "암 등의 질병"으로 인한 암요양병원입원비는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 "암 등의 질병"이 완치된 이후에 해당 "암 등의 질병"을 다시 진단받는 경우에는 동일한 "암 등의 질병"으로 보지 않습니다.



※ 상기 그림의 「...」은 보상대상기간(60일)과 보상제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

- ⑤ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 "암 등의 질병"에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 암요양병원입원비는 계속 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원비는 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 "암"에 대한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

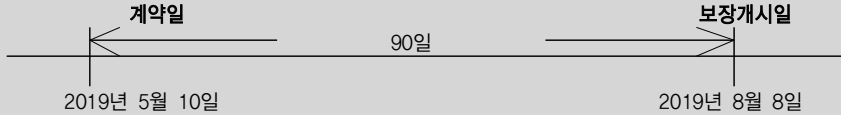
제8조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보

장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

["암"의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)]



② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 1. “암”의 보장개시일
 - 가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 - 나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-26. 암요양병원입원비Ⅱ(1일이상90일한도) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신 생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신 생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신 생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신 생물 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신 생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신 생물 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신 생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ④ 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선적준칙과 지침」에 따라 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신 생물 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신 생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ⑤ “암”, “기타피부암”, 또는 “갑상선암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표2】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ② “제자리암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ② “경계성종양”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제4조(“입원”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 “입원”이란 의사에 의해 “암 등의 질병”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “암 등의 질병”으로 진단된 경우에 이는 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험금의 지급사유)

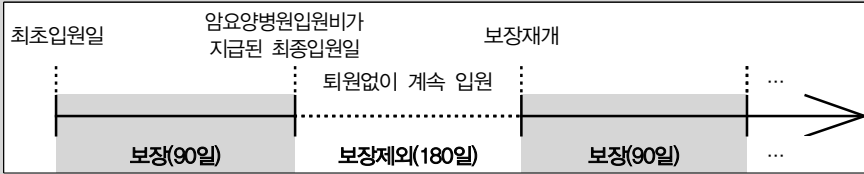
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단이 확정되고 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암요양병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

구 분	계약일부부터 경과기간 1년 미만		계약일부부터 경과기간 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
“암”으로 입원시	15세미만	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”으로 입원시		입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%	
“기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시		입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	

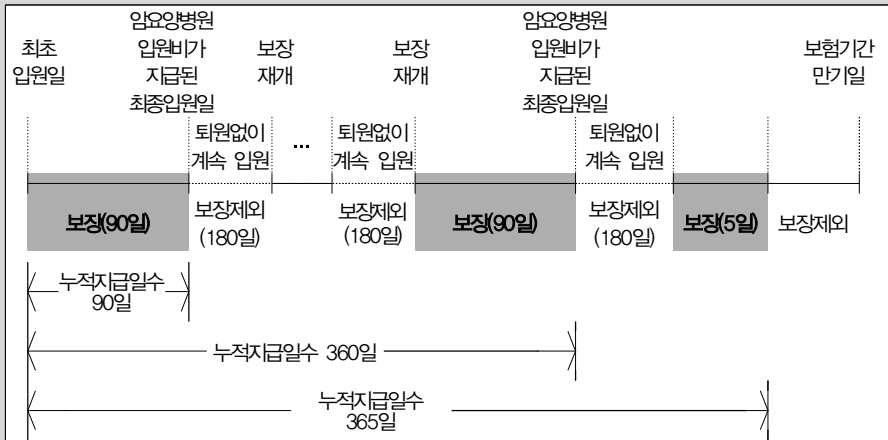
제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- 2 제1항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 암요양병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암요양병원입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- 3 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 4 제3항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 가입일부터 지급된 암요양병원입원비의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만기일까지 동일한 “암 등의 질병”으로 인한 암요양병원입원비는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 “암 등의 질병”이 완치된 이후에 해당 “암 등의 질병”을 다시 진단받는 경우에는 동일한 “암 등의 질병”으로 보지 않습니다.



※ 상기 그림의 「...」은 보상대상기간(90일)과 보상제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

- 5 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 암요양병원입원비는 계속 보장합니다.
- 6 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원비는 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

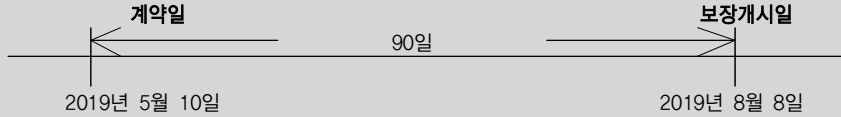
제8조(회사의 보장개시)

- 1 보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보

장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

["암"의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)]



② "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 1. "암"의 보장개시일
 - 가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 - 나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입연체조항을 따릅니다.

2-27. 암직접치료상급종합병원입원비 II(1일이상180일한도) 특별약관

제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ④ 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ⑤ "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표2】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- 2 "제자리암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- 2 "경계성종양"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

- 1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"(이하 "암 등의 질병"이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 상급종합병원(단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 2 이 특별약관에서 "암 등의 질병의 직접적인 치료"를 목적으로 한 "입원"이란 의사에 의해 "암 등의 질병"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "암 등의 질병"의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "암 등의 질병"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "암 등의 질병"으로 진단된 경우에 이는 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조 ("암 등의 질병의 직접적인 치료"의 정의)

- 1 "암 등의 질병의 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 "암 등의 질병의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- 3 "암 등의 질병의 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 "암 등의 질병의 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. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조(보험금의 지급사유)

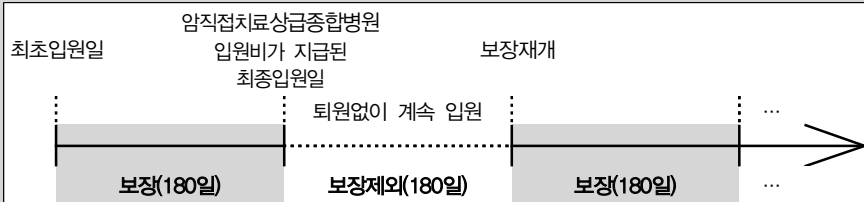
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암 등의 질병"으로 진단이 확정되고 "암 등의 질병의 직접적인 치료"를 목적으로 상급종합병원에 입원하여

치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암직접치료상급종합병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료상급종합병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분		계약일부부터 경과기간 1년 미만		계약일부부터 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
“암”으로 입원시	15세미만	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”으로 입원시		입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%		
“기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시		입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%		

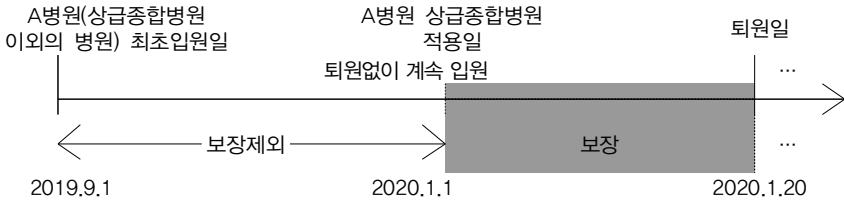
제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 동일한 “암 등의 질병”에 대한 “암 등의 질병의 직접적인 치료”를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 암직접치료상급종합병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료상급종합병원입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 암직접치료상급종합병원입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



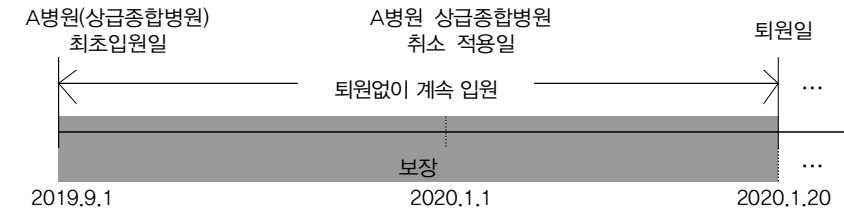
- 3 제1항의 ‘계속입원’이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “암 등의 질병”에 대한 “암 등의 질병의 직접적인 치료”를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 4 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원입원비는 계속 보장합니다.
- 5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료상급종합병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 6 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 7 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 8 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 때 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

<보상예시> 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



9 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원 기간에 대하여는 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

<보상예시> 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



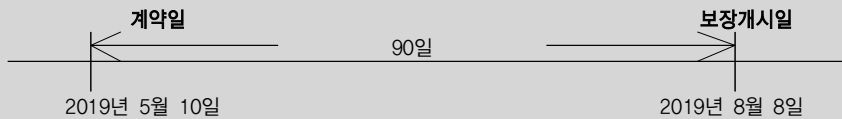
제8조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 "암"에 대한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제9조(회사의 보장개시)

- 1. 보통약관 제1절, 공동조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
 - 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
 - 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

["암"의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)]



2. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- 1. 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- 2. 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 - 1. "암"의 보장개시일
 - 가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일

- 나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-28. 항암방사선치료비 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44 (기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- “암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경조건을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부 경과기간 1년 미만		계약일부 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
항암방사선치료를 받은 경우	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 지급사유)에서 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법

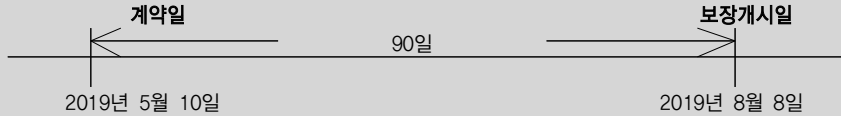
서]에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

["암"의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)]



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "암"의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-29. 항암약물치료비 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44 (기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
- ② 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ③ "암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		계약일부서 경과기간 1년 미만		계약일부서 경과기간 1년 이상
		90일 이하	90일 초과	
항암약물치료를 받은 경우	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 지급사유)에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암 세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

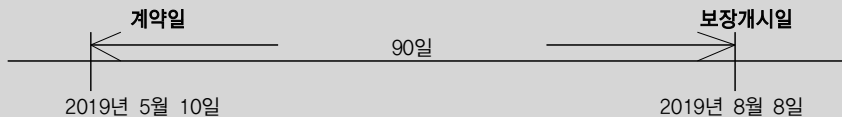
- 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암약물치료비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공동조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

- 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
- 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부서 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

["암"의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)]



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
- 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 기준으로 아래와 같이 적용합니다.
 - 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
 - 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-30. 항암방사선치료비(특정유사암) 특별약관

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)에 있어서 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병(이하 "기타피부암"이라 합니다)" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병(이하 "갑상선암"이라 합니다)"을 말합니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"인 경우는 제외합니다.
- ② 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(별표4) 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ③ "특정유사암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암방사선치료비(특정유사암)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 지급사유)에서 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료비(특정유사암)를 세부보장별("갑상선암", "기타피부암")로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

2-31. 항암약물치료비(특정유사암) 특별약관

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)에 있어서 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병(이하 "기타피부암"이라 합니다)" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병(이하 "갑상선암"이라 합니다)"을 말합니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"인 경우는 제외합니다.

- ② 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(별표4) 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ③ “특정유사암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(부록) 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암약물치료비(특정유사암)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 지급사유)에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암약물치료비(특정유사암)를 세부보장별(“갑상선암”, “기타피부암”)로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다.

3. 비용손해관련 특별약관

3-1. 의료사고법률비용(실손) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 피보험자에게 지급합니다.
- 2 제1항의 "의료기관"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 말합니다.
- 3 제1항의 "의료사고"라 함은 의료 행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초칭하는 것으로 의료 과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료기관에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.
- 4 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자의 고의
2. 보험증권에 기재된 피보험자에게 보험계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
3. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 분담)

- 1 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래의 방법에 따라 손해를 보상합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- 2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에는 회사의 제1항에 따른 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료 확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 피보험자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

4. 제도성 특별약관

4-1. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 회사의 계약사정기준에 따라 피보험자의 과거 병력과 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 보장제한 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- 보통약관 및 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 - 이 특별약관 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건)의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정 부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 - 이 특별약관 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건)의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용)

- 이 특별약관에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 질병으로 인하여 사망하거나 또는 장애분류표【별표5】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장애지급률이 80%이상에 해당하는 후유장애로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.
 - 【별표8】(특정 신체부위·질병 분류표) 가. 특정 신체부위 중에서 회사가 지정한 신체부위(이하 “특정부위”라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 신체부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다.)
 - 【별표8】(특정 신체부위·질병 분류표) 나. 특정질병 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)
- 제1항의 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1년부터 5년” 또는 “보통약관의 보험기간”으로 합니다. 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- 제2항에서 보험금을 지급하지 않는 기간을 “보통약관의 보험기간”으로 지정한 경우 보험계약 청약일 이후 5년을 지나는 동안 제1항 제1호 또는 제2호의 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없을 경우 보험계약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 보장하여 드립니다.
- 제3항의 “보험계약 청약일로부터 5년”이라 함은 보통약관에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 제1항에도 불구하고 아래의 사항 중 어느 한 가지 경우에 해당하는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약

에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우

- ⑥ 피보험자가 회사에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑧ 제1항의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 제1항에 의해 이 특별약관의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제3항 및 제4항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-2. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제1절, 공통조항 제15조(보험계약의 성립)를 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-3. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 포함)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-4. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
- ② 이 특별약관을 통하여 「전자서명법」 제2조 제2호【부록】참조)에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호【부록】참조)에 따른 공인전자서명(이하 "전자서명"이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이

경우 보통약관 제1절, 공통조항 제17조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

- 1 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권 등(이하 “보험계약 안내자료”라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
- 2 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴 의무)

- 1 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
- 2 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- 3 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-5. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

- 1 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)에 부가됩니다.
- 2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제1절, 공통조항 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- 3 보험계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- 4 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어 집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 1 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전한 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- 2 제1항의 “이륜자동차”라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125cc이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50cc미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59kW미만)인 이륜자동차를 말합니다.
- 3 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인지 아닌지는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-6. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

이 특별약관은 보험업감독규정 제7-57조(손해보험의 사업방법서) 제1항 및 제7-55조(생명보험의 사업방법서) 제6호에 따라 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아닌 보장(이하, "법률연계보장"이라 합니다)에 적용됩니다.

제7-55조(생명보험의 사업방법서)

생명보험회사는 영 별표7 제3호에 따라 보험종목별 또는 생명보험상품별 사업방법서를 작성하려는 경우 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다. <개정 2011.3.22, 2016.4.1>

6. 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 보험회사의 자체적인 기준이 아닌 경우 향후 법률 개정 등으로 계약유지 필요가 없어지거나 변동될 가능성을 고려하여 계약내용 변경 가능여부, 안내방법 및 계약내용 변경시 보험료와 책임준비금 정산에 관한 사항을 명기하여야 한다. <신설 2016.4.1>

제7-57조(손해보험의 사업방법서)

- ① 손해보험회사가 영 별표7 제3호에 따라 보험종목별 또는 손해보험상품(연금저축손해보험상품 및 퇴직보험상품을 포함한다)별 사업방법서를 작성하려는 경우 지켜야 할 사항은 제7-55조 및 제7-56조를 준용한다. 다만, 일반손해보험(자동차보험을 포함한다)은 제외한다.

제2조(법률연계보장의 계약내용 변경에 관한 사항)

1. 법률연계보장에 다음 각 호 중 어느 하나에 해당되는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
 1. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
 4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
2. 제1항에 따라 변경된 보장내용은 개정법률의 시행일 이후 발생한 보험사고에 대하여 적용합니다.
3. 회사는 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(동기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
4. 회사는 계약체결시 계약자에게 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 다음 각 호의 내용을 계약자에게 안내합니다.
 1. 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있음
 2. 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입 또는 반환받을 금액이 발생할 수 있음
5. 회사는 제1항에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.
6. 제1항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경

하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 보험계약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-7. 무사고 기가입고객 제도 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

- ① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 다음을 만족하는 장기손해보험 계약의 보험나이 15세 이상의 피보험자가 무배당 실속더한 든든암보험¹⁹⁰¹ 피보험자로 보험계약 청약시 무사고 기가입고객 제도 특별약관을 신청하고, 회사의 승낙으로 보험계약을 체결하는 경우(이하 "무사고 기가입고객 계약"이라 합니다)에 적용합니다.
 1. 이 상품의 2종(해지환급금미지급형 무사고 기가입고객용) 또는 4종(표준형 무사고 기가입고객용)으로 체결하는 계약
 2. 당사 암진단 보장을 가입한 계약이 체결일로부터 1년 이상 경과하고 암진단 보장이 유효한 계약
 3. 제2호에서 유효한 계약이란 보험료 미납으로 인한 실효, 해지, 기타 사유로 인하여 효력이 없어지지 않은 계약을 말합니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특별약관을 부가하기에 적합하지 않은 경우에는 이 특별약관을 부가하지 않거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 이 특별약관은 계약 체결시에만 부가 가능합니다.

제2조(무사고 기가입고객 계약의 보장개시일 및 보험금 지급)

- ① 회사는 무사고 기가입고객 계약의 경우 "암"을 보장하는 다음의 특별약관에서 정한 보장개시일에도 불구하고 해당 특별약관을 부가하는 보험계약의 보장개시일은 계약일로 합니다.

대 상 특 별 약 관
보통약관(암(4대유사암제외)진단비), 암(4대유사암제외)진단생활자금(2년간 매월지급), 암사망, 암사망가족생활자금(2년간 매월지급), 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비, 특정소액암진단비, 10대고액치료비암진단비, 소화기관암진단비, 호흡기관암진단비(호흡기 및 흉곽내기관), 여성생식기관암진단비, 남성생식기관암진단비, 비뇨기관암(요로암)진단비, 중증암진단비Ⅱ, 특정유사암 4기진단비, 계속암(재진단암)진단비Ⅱ, 계속암(재진단암)진단생활자금Ⅱ(2년간 매월지급), 말기암호스피스통증완화입원치료비, 암수술비Ⅱ, 암(4대유사암제외)수술비(1회한), 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 1일이상180일한도), 암요양병원입원비Ⅱ(1일이상60일한도), 암요양병원입원비Ⅲ(1일이상90일한도), 암직접치료상급종합병원입원비Ⅲ(1일이상180일한도), 항암방사선치료비, 항암약물치료비
단, 계속암(재진단암)진단비Ⅱ, 계속암(재진단암)진단생활자금Ⅱ(2년간 매월지급)의 경우 "첫번째암"에 대한 보장개시일에 한합니다.

- ② 회사는 무사고 기가입고객 계약의 경우 다음의 특별약관에서 정한 지급금액에도 불구하고 해당 특별약관을 부가하는 보험계약의 경우에는 계약일부터 1년 미만인 때에 보험금 지급 사유가 발생하더라도 각 특별약관의 계약일부터 1년 이상인 때에 보험금 지급사유가 발생한 것으로 보고 보험금을 지급합니다.

대 상 특 별 약 관
보통약관(암(4대유사암제외)진단비), 암(4대유사암제외)진단생활자금(2년간 매월지급), 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비, 특정소액암진단비, 10대고액치료비암진단비, 소화기관암진단비, 호흡기관암진단비(호흡기 및 흉곽내기관), 여성생식기관암진단비, 남성생식기관암진단비, 비뇨기관암(요로암)진단비, 중증암진단비Ⅱ, 특정유사암 4기진단비, 암수술비Ⅱ, 암(4대유사암제외)수술비(1회한)

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

제2조(무사고 기가입고객 계약의 보장개시일 및 보험금 지급)에도 불구하고 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4-8. 특별조건부(표준하체보험료할증) 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약 체결시 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않은 경우에 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 해당 특별약관에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 계약은 「해당계약」이라 합니다)
- ② 이 특별약관의 보장개시일은 해당 계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건(할증보험료법))

- ① 이 특별약관에 의하여 회사가 부가하는 계약조건은 다음과 같습니다.
 1. 회사는 계약체결시 “표준체보험료”에 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 회사에서 정한 “특별약관보험료”를 더하여 해당계약의 납입보험료로 결정합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 보험계약에서 정한 보험금을 지급합니다.
 2. 제1호의 “표준체보험료”라 함은 할증위험률을 적용하지 않고 산출한 보험료를 말합니다.
 3. 제1호의 “특별약관보험료”라 함은 할증위험률을 적용해 산출한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 말합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약체결시 해당계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간 및 보험료의 납입)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.
- ② 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

무배당
실속더한 든든암보험¹⁹⁰¹
별표 및 부록

【별표1】 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병-사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

제8차 개정 이후 한국표준질병-사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표2】 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	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

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표3】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4] 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)' 질병분류 번호는 포함하지 않습니다.

대상질병		분류 번호
한글명칭	영문명칭	
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes	C77
호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of respiratory and digestive organs	C78
기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other sites	C79
신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis	C79.0
방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of bladder and other and unspecified urinary organs	C79.1
피부의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of skin	C79.2
뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of brain and cerebral meninges	C79.3
신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified parts of nervous system	C79.4
골 및 골수의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of bone and marrow	C79.5
난소의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of ovary	C79.6
부신의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of adrenal gland	C79.7
기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other specified sites	C79.8
부위의 명시가 없는 악성 신생물	Malignant neoplasm without specification of site	C80

- 1) 제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표5】 장애분류표

1. 총 칙

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 상태에서 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 흉·복부장기 및 비호생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위로 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 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 항시 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.

II. 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 0.02이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.10이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2이하로 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

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) "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.
- 3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각유") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각유")를 말한다.
- 4) "한 눈의 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 있을 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) "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 범위의 운동범위가 정상치의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) "안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애"라 함은 조절력이 정상치의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 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(검은자위)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 장

해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 청력장해는 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 장해 상태를 재평가하여야 한다.
- “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 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 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장해

- “평형기능에 장해를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사소건	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0
기능장해소건	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 비디오파안진검사) 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 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전 손실이 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. 장애판정기준

- 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 음식 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) 위아래턱(상-하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 다) 위아래턱(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 이외는 섭취가 불가능한 상태
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때

를 말한다.

- 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
- 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
- 다) 위아래턱(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 위아래턱(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 측방으로 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) 뇌중추신경계 손상(정신인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률을 하나만 인정한다.
- 12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 구관치료(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 시간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계 없이 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 없어지

지 않는 경우를 말한다.

- 4) 다발성 반흔 발생시 각 평정부위(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 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/2이상 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 1/4이상 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

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 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. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.

- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 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 상하 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 상하부[인접 상하부 척추체(척추뼈 몸통)에 인접성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상하부] 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 관여도를 산정하여 평가한다.
 - 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
 - 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사상에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장해로 평가하지 않는다.
 - 6) "심한 운동장해"란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) "뚜렷한 운동장해"란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 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 축추 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 운동장해"
 - 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 기형"이란 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 기형"이란 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 기형"이란 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 인하여 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 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
 - 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

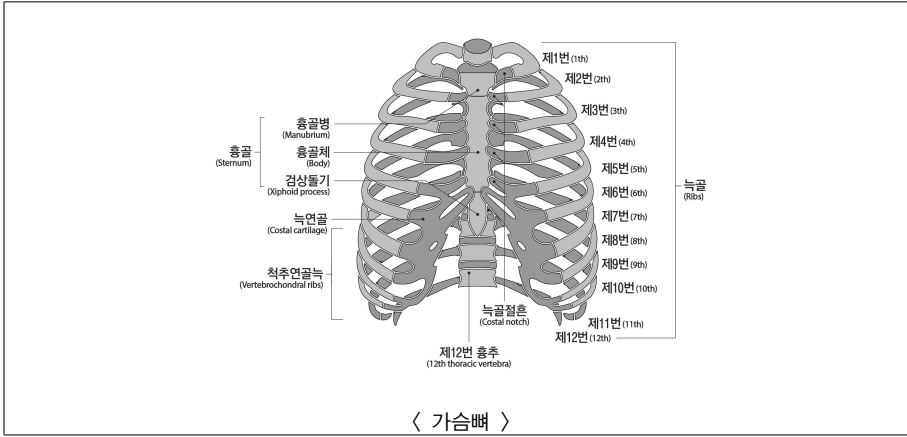
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

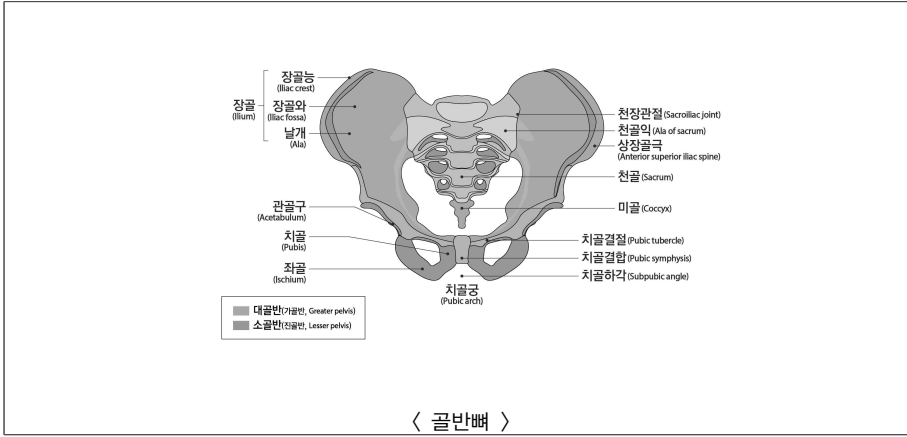
장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

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 2.5cm 이상 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

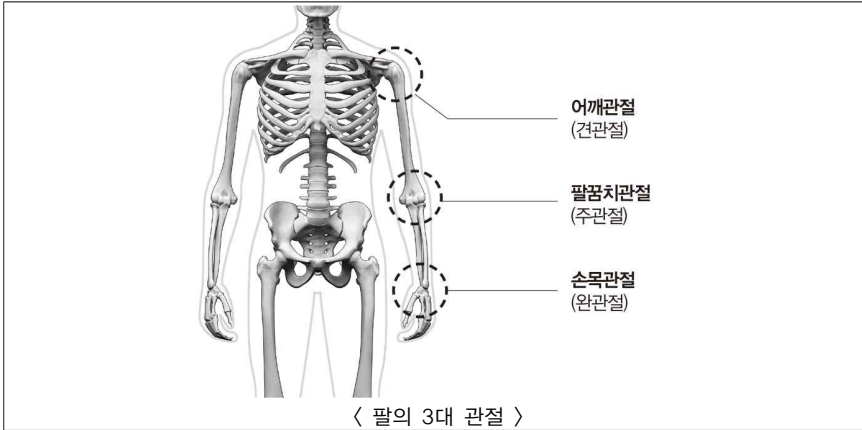
- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그

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

- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 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 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 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 장해를 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 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 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 장해를 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^{주)}이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두가 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) “뼈에 가관절이 남아 약간의 장해를 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 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 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

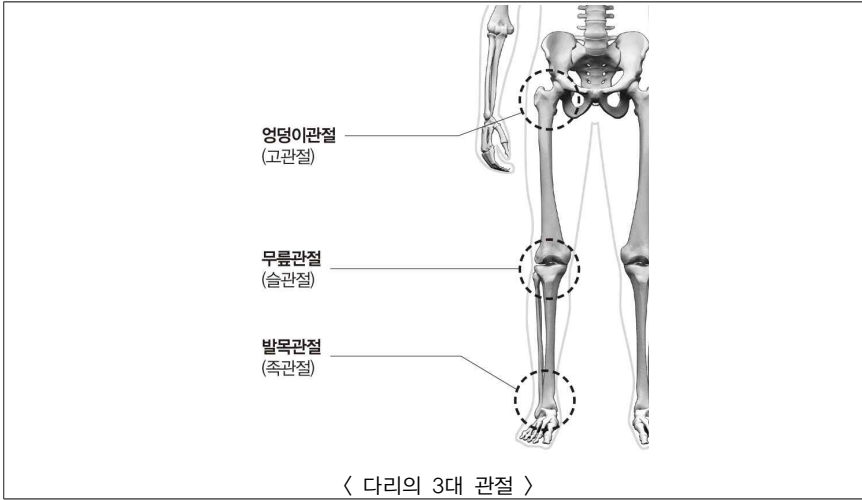
나. 장애판정기준

- 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 발목관절부터(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 운동기능영역을 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 것이 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 것이 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 것이 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^{주)}이 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(다리와 발가락)의 후유장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

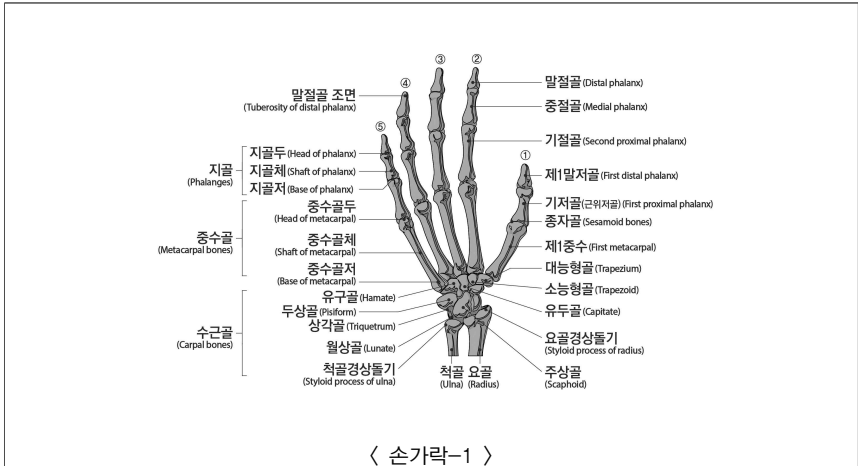
장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

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. 그중 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(근위지관절)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 있

어서는 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 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



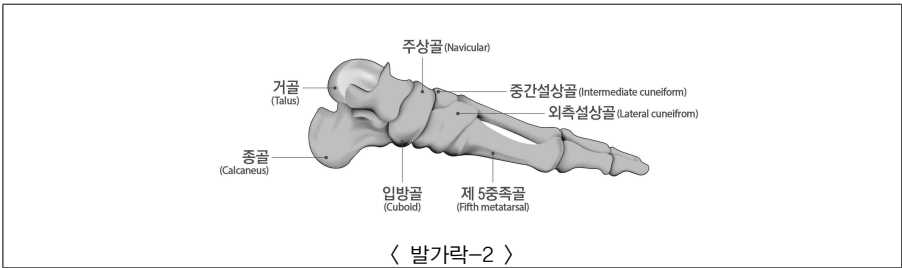
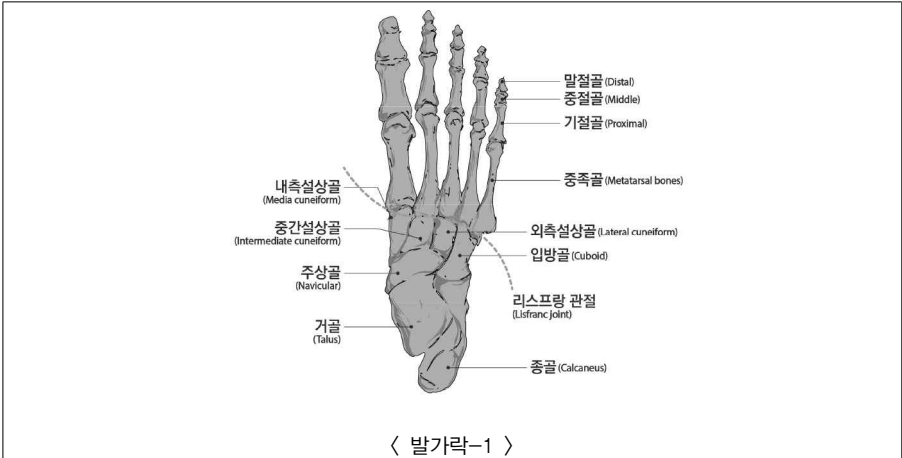
11. 발가락의 장애

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 치유 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) “리스프랑관절 이상을 잃었을 때”라 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 불편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동기능영역의 1/2 이하가 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 운동기능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부장기 및 비노생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉복부장기 또는 비노생식기 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 비노생식기 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 비노생식기 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 비노생식기 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, 비노생식기 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비노생식기 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 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 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 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간 중에 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 그로서 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) "정신행동에 극심한 장애를 남긴 때"라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) "정신행동에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) "정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」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 통원약을 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) "정신행동에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 "능력장애측정기준" 상 6개 항

- 목 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 의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 “능력장해측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과 의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상 심리전문가가 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 외상 후 간질에 한하여 보상한다.
- 파) 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성 장애), 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 MRI, SPECT 등)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 Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
- 4) 뇌전증(간질)
- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 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.

〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	<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 방 밖을 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 보행 시 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 자르지 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 착탈이 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%)

【별표6】 특정암 분류표

약관에 규정하는 “특정암”으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
2. 기관의 악성 신생물	C33
3. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
4. 흉선의 악성 신생물	C37
5. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
6. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
7. 종피종	C45
8. 카포시육종	C46
9. 후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
10. 수막의 악성 신생물	C70
11. 뇌의 악성 신생물	C71
12. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
13. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
14. 만성 골수증식질환	D47.1
15. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표7】 병기구분 불가암 분류표

약관에 규정하는 “병기구분 불가암”으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
상세불명의 인두의 악성 신생물	C14.0
발다이어고리의 악성 신생물	C14.2
입술, 구강 및 인두의 중복병변의 악성 신생물	C14.8
담도의 중복병변의 악성 신생물	C24.8
상세불명의 담도의 악성 신생물	C24.9
상세불명 부분의 장관의 악성 신생물	C26.0
비장의 악성 신생물	C26.1
소화계통의 중복병변의 악성 신생물	C26.8
소화계통내의 불명확한 부위의 악성 신생물	C26.9
중이의 악성 신생물	C30.1
전두동의 악성 신생물	C31.2
접형골동의 악성 신생물	C31.3
부비동의 중복병변의 악성 신생물	C31.8
상세불명의 부비동의 악성 신생물	C31.9
심장의 악성 신생물	C38.0
전종격의 악성 신생물	C38.1
후종격의 악성 신생물	C38.2
상세불명 부분의 종격의 악성 신생물	C38.3
흉막의 악성 신생물	C38.4
심장, 종격 및 흉막의 중복병변의 악성 신생물	C38.8
머리, 얼굴 및 목의 말초신경의 악성 신생물	C47.0
어깨를 포함한 팔의 말초신경의 악성 신생물	C47.1
엉덩이를 포함한 다리의 말초신경의 악성 신생물	C47.2
흉부의 말초신경의 악성 신생물	C47.3
복부의 말초신경의 악성 신생물	C47.4
골반의 말초신경의 악성 신생물	C47.5
상세불명의 몸통의 말초신경의 악성 신생물	C47.6
말초신경 및 자율신경계통의 중복병변의 악성 신생물	C47.8
상세불명의 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47.9
머리, 얼굴 및 목의 결합조직 및 연조직의 악성신생물	C49.0
어깨를 포함한 팔의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.1
엉덩이를 포함한 다리의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.2
흉부의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.3
복부의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.4
골반의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.5
상세불명의 몸통의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.6
결합조직 및 연조직의 중복병변의 악성 신생물	C49.8
상세불명의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.9
넓은인대의 악성 신생물	C57.1
원인대의 악성 신생물	C57.2

대상질병	분류번호
자궁주위조직의 악성 신생물	C57.3
상세불명의 자궁부속기의 악성 신생물	C57.4
기타 명시된 여성생식기관의 악성 신생물	C57.7
여성생식기관의 중복병변의 악성 신생물	C57.8
상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57.9
부고환의 악성 신생물	C63.0
정삭의 악성 신생물	C63.1
기타 명시된 남성생식기관의 악성 신생물	C63.7
남성생식기관의 중복병변의 악성 신생물	C63.8
상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63.9
요도주위샘의 악성 신생물	C68.1
비뇨기관의 중복병변의 악성 신생물	C68.8
상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68.9
각막의 악성 신생물	C69.1
망막의 악성 신생물	C69.2
맥락막의 악성 신생물	C69.3
섬모체의 악성 신생물	C69.4
눈물샘 및 눈물관의 악성 신생물	C69.5
안와의 악성 신생물	C69.6
눈 및 부속기의 중복병변의 악성 신생물	C69.8
상세불명의 눈의 악성 신생물	C69.9
부갑상선의 악성 신생물	C75.0
뇌하수체의 악성 신생물	C75.1
두개인두관의 악성 신생물	C75.2
송과선의 악성 신생물	C75.3
경동맥소체의 악성 신생물	C75.4
대동맥소체 및 기타 부신경절의 악성 신생물	C75.5
상세불명의 다선성 침범의 악성 신생물	C75.8
상세불명의 내분비선의 악성 신생물	C75.9
머리, 얼굴 및 목의 악성 신생물	C76.0
흉부의 악성 신생물	C76.1
복부의 악성 신생물	C76.2
골반의 악성 신생물	C76.3
팔의 악성 신생물	C76.4
다리의 악성 신생물	C76.5
기타 불명확한 부위의 악성 신생물	C76.7
기타 및 불명확한 부위의 중복병변의 악성 신생물	C76.8
독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
진성 적혈구증가증	D45
골수형성이상증후군	D46
고리철적혈모구가 없는 불응성 빈혈	D46.0
고리철적혈모구가 있는 불응성 빈혈	D46.1
모세포과잉의 불응성 빈혈[RAEB]	D46.2
상세불명의 불응성 빈혈	D46.4
다세포계 형성이상을 동반한 불응성 빈혈	D46.5
고립성 5q 결실 염색체이상을 동반한 골수형성이상증후군	D46.6

대상질병	분류번호
기타 골수형성이상증후군	D46.7
상세불명의 골수형성이상증후군	D46.9
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8】 특정 신체부위 · 질병 분류표

가. 특정 신체부위

특정 신체부위
1. 위, 십이지장
2. 공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(총수돌기 포함)
3. 대장(맹장, 직장 제외)
4. 직장
5. 항문
6. 간
7. 담낭(쓸개) 및 담관
8. 췌장
9. 비장
10. 기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11. 코(외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12. 인두 및 후두(편도 포함)
13. 식도
14. 구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15. 귀(외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16. 안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17. 신장
18. 부신
19. 요관, 방광 및 요도
20. 음경
21. 질 및 외음부
22. 전립선
23. 유방(유선 포함)
24. 자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25. 자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26. 난소 및 난관
27. 고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28. 갑상선
29. 부갑상선
30. 서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31. 피부(두피 및 입술 포함)
32. 경추부(해당신경 포함)
33. 흉추부(해당신경 포함)
34. 요추부(해당신경 포함)
35. 천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36. 왼쪽 어깨
37. 오른쪽 어깨
38. 왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39. 오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40. 왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41. 오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42. 왼쪽 고관절
43. 오른쪽 고관절
44. 왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45. 오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)

특정 신체부위
46. 왼발(왼쪽 발목 관절 이하) 47. 오른발(오른쪽 발목 관절 이하) 48. 상·하악골(위턱뼈 · 아래턱뼈) 49. 쇄골 50. 늑골(갈비뼈)

나. 특정질병

대상질병		분류번호
1. 담석증	담석증	K80
2. 요로결석증	신장 및 요관의 결석	N20
	하부요로의 결석	N21
	상세불명의 신장 급통증	N23
3. 골관절증 및 류마 토이드관절염	혈청검사양성 류마티스관절염	M05
	기타 류마티스관절염	M06
	연소성 관절염	M08
	다발관절증	M15
	고관절증	M16
	무릎관절증	M17
	제1수근중수관절의 관절증	M18
기타 관절증	M19	
4. 척추질환	척추후만증 및 척추전만증	M40
	척추측만증	M41
	척추증	M47
	경추간판장애	M50
	기타 추간판장애 등통증	M51 M54
5. 심장질환	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32*	
급성 및 아급성 심내막염	I33	

대상질병		분류번호
	비류마티스성 증모판장애	I34
	비류마티스성 대동맥판장애	I35
	비류마티스성 삼첨판장애	I36
	폐동맥판장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39*
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41*
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43*
	방실차단 및 좌각차단	I44
	기타 전도장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	I50	
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51	
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52*	
6. 뇌혈관질환	지주막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	뇌혈관질환의 후유증	I69
일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45	
뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군	G46*	
7. 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
8. 당뇨병	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명 당뇨병	E14
9. 결핵	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵	A16
	신경계통의 결핵	A17+
	기타 기관의 결핵	A18
	췌장결핵	A19
10. 자궁근증	자궁의 평활근증	D25
11. 자궁내막증	자궁내막증	N80
12. 난소낭종	난소의 양성 신생물	D27

【별표9】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50%
		1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【부록】 약관에서 인용된 법령

※ 약관에서 인용된 법령조항은 약관작성일(2018.12.01.) 기준으로 작성되었으며, 작성일 이후 해당 법령의 개정 또는 폐지가 있을 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

법령별 목차

보험업법	159
보험업법 시행령	159
보험업감독규정	160
보험업감독업무 시행세칙	160
상법	161
의료법	161
자동차관리법 시행규칙	162
전자서명법	164
암관리법	165
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률	165

보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.

가. 국가

나. 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융기관

라. 주권상장법인

마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자

20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

보험업법 시행령

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제2항제15호에 해당하는 자
4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자

② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.

1. 보험회사
2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
9. 「여성전문금융업법」에 따른 여성전문금융회사
10. 「은행법」에 따른 은행
11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 경영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금증개회사
12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제2조제19호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
3. 법 제175조에 따른 보험협회, 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
4. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사

5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제 (2014.12.30.)
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운영하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
 - 가. 외국 정부
 - 나. 조약에 따라 설립된 국제기구
 - 다. 외국 중앙은행
 - 라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

보험업감독규정

제1-2조(정의)

이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

13. "평균공시이율"이란 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균을 말한다.

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자

보험업감독업무 시행세칙

제4-4조(평균공시이율)

감독규정 제1-2조제13호의 규정에 의한 평균공시이율은 다음 각호의 기준에 따라 매 사업년도말 까지 산출하여 다음 사업년도에 적용한다.

1. 평균공시이율은 감독규정 제6-12조 제3항에서 정한 회사별 공시이율의 평균으로 보험계약이 체결되는 연도의 이율을 전보험기간에 걸쳐 적용하며, 0.25%포인트 단위로 반올림하여 산출한다.
 - 가. 회사별 공시이율은 매월말 보험료적립금 기준으로 가중평균하여 산출한다.
 - 나. 평균공시이율은 회사별 공시이율을 보험료적립금 기준으로 가중평균하여 산출한다.
2. 제1호에 의한 공시이율은 9월말을 기준으로 최근 12개월을 대상으로 한다.

구 분	평균공시이율
2019년	2.5%

상법

제662조(소멸시효)

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

의료법

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과 의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과 의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과 의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과 병원
 - 다. 한방 병원
 - 라. 요양 병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합 병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
- ④ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑤ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑥ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑦ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑧ 삭제 <2009.1.30.>

제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 - 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 - 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 - 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 - 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 - 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조 제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

[별표1] 자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형	소형	중형	대형
승용 자동차	배기량이 1000cc미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc미만인 것으로서 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc이상 2,000cc미만이거나 길이·너비·높이중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000cc이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과 하는 것
승합 자동차	배기량이 1000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 15인이하인 것으로서 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이중 어느하나라도 소형을 초과하여 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두가 소형을 초과하여 길이가 9미터 이상인 것

화물 자동차	배기량이 1000cc 미만으로서 길이 3.6미터 · 너비 1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤이하인 것으로서, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수 자동차	배기량이 1,000cc미만으로서 길이 3.6미터 · 너비1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜 자동차	배기량이 50cc미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 이하 (최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량(기타형에만 해당한다)이 60킬로그램 이하인 것	배기량이 100cc 초과 260cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량이 60킬로그램 초과 100킬로그램 이하인 것	배기량이 260cc (최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의 · 헌혈 · 구급 · 보도 · 캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 뒷개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장 · 사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난 · 견인 할 수 있는 구조인 것
	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주 · 오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비교

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
 - 가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
 - 1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
 - 2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 격벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
 - 3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
 - 나. 이륜자동차(법 제3조제1항 제5호)의 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차" : 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차를 포함한다.
 - 1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 - 2) 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
 - 가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
 - 나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
 - 다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "전자문서"라 함은 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는 데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
 - 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
 - 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
 - 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
 - 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것
4. "전자서명생성정보"라 함은 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
5. "전자서명검증정보"라 함은 전자서명을 검증하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
6. "인증"이라 함은 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
7. "인증서"라 함은 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.

8. "공인인증서"라 함은 제15조의 규정에 따라 공인인증기관이 발급하는 인증서를 말한다.
9. "공인인증업무"라 함은 공인인증서의 발급, 인증관련 기록의 관리등 공인인증영무를 제공하는 업무를 말한다.
10. "공인인증기관"이라 함은 공인인증영무를 제공하기 위하여 제4조의 규정에 의하여 지정된 자를 말한다.
11. "가입자"라 함은 공인인증기관으로부터 전자서명생성정보를 인증받은 자를 말한다.
12. "서명자"라 함은 전자서명생성정보를 보유하고 자신이 직접 또는 타인을 대리하여 서명을 하는 자를 말한다.
13. "개인정보"라 함은 생존하고 있는 개인에 관한 정보로서 성명·주민등록번호 등에 의하여 당해 개인을 알아볼 수 있는 부호·문자·음성·음향·영상 및 생체특성 등에 관한 정보(당해 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없는 경우에도 다른 정보와 용이하게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함한다)를 말한다.

암관리법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "말기암환자"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자를 말한다.
2. "말기암환자 완화의료"란 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료를 말한다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제1조(목적)

이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환에 대하여 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
 - 가. 암
 - 나. 후천성면역결핍증
 - 다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
 - 라. 만성 간경화
 - 마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용의 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.

6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자등을 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

- ① 보건복지부장관은 말기환자등을 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.
- ② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하 "호스피스전문기관"이라 한다)에 대하여 제 29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.
- ④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.