

무배당 처음부터~

# 올케어 암보험 [21.04]

세만기형 | 2종



# 약관 이용 Guide Book



## 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다. 특히, **청약철회**, **계약취소**, **보험금 지급** 및 **지급제한 사항** 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

## 한 눈에 보는 약관의 구성



약관 이용  
가이드 북

약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록  
약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고있는 **지침서**



시각화된  
약관 요약서

약관을 쉽게 잘 이해할 수 있도록  
계약의 주요내용 및 유의사항 등을 **시각적 방법**을 이용하여 간단하게 요약한 **약관**



보험약관  
(주계약&특약)

- **주계약(보통약관)**: 기본계약을 포함한 공통사항을 정한 기본약관
- **특약(특별약관)**: 보통약관에 정한 사항 외 선택 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관



용어해설 및  
색인 등

약관 이해를 돕기 위한 어려운 **법률·보험용어**의 해설, 가나다 順 **특약 색인**, 관련 **법규** 등을 소비자에게 안내

## QR코드를 통한 편리한 정보 이용



### QR (Quick Response) 코드란?

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

약관해설 영상



보험금 지급절차



전국 지점



## 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기 [보통약관 기준]

보험약관 핵심사항 등과 관련된 해당 조문, 영상자료 등을 안내해 드리오니, 보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 확인·숙지하시기 바랍니다.

### 1 보험금 지급 및 지급제한 사항

제4조(보험금의 지급사유),  
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)



\* 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인할 필요

### 2 청약 철회

제20조(청약의 철회)



### 3 계약 취소

제21조(약관교부 및 설명의무 등)



### 4 계약 무효

제22조(계약의 무효)



### 5 계약 前 알릴 의무 및 위반효과

제16조(계약 전 알릴 의무)



### 6 계약 後 알릴 의무 및 위반효과

제17조(알릴 의무 위반의 효과)



### 7 보험료 연체 및 해지

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



### 8 부활(효력회복)

제31조(보험료의 납입을 연체하여  
해지된 계약의 부활(효력회복))



### 9 해지환급금

제36조(해지환급금)



### 10 보험계약대출

제38조(보험계약대출)



## 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 **7가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 **쉽고 편리하게** 이용할 수 있습니다.

1

시각화된 '**약관요약서**'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.

➔ **약관 요약서**

2

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

➔ **핵심 체크항목**

3

'**가나다 순 특약 색인(索引)**'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.

\* 주 계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외) 할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있음

➔ **특약 색인**

4

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

➔ **용어 해설**

5

스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.

➔ **QR코드**

6

'**관련법규**' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.

➔ **기타관계법규**

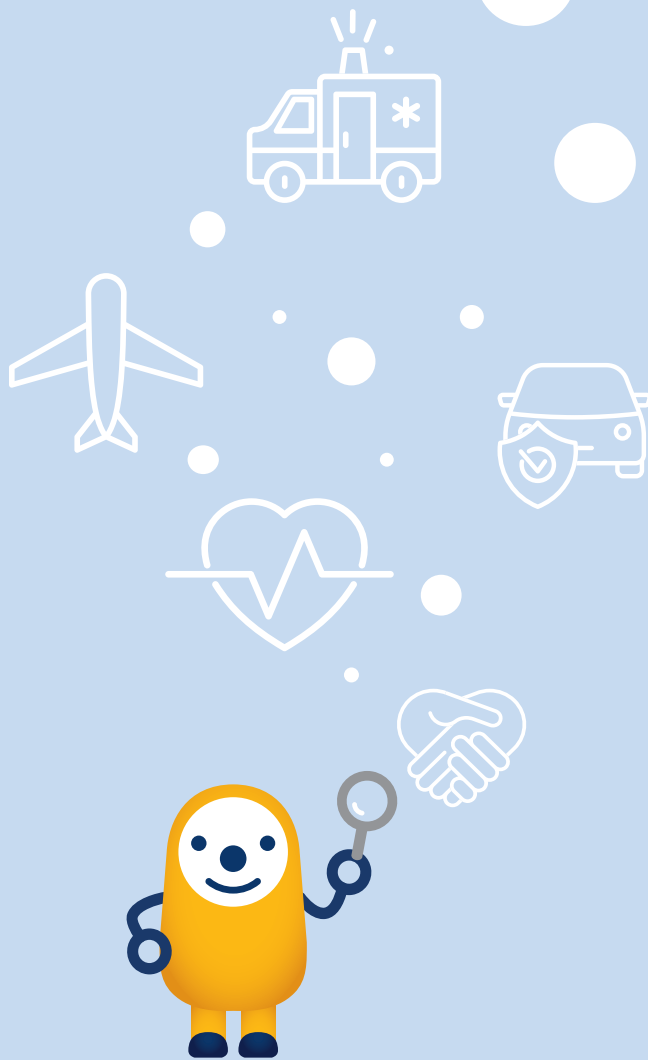
7

약관조항 등이 **음영·킬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

## 기타문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 홈페이지([www.mggeneralins.com](http://www.mggeneralins.com)), 고객 콜센터(**1588-5959**)로 문의 가능

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 금융감독원 금융소비자정보 포털(**FINE, [fine.fss.or.kr](http://fine.fss.or.kr)**)에서 확인 가능



# 약관 요약서

- I. 보험계약의 개요
- II. 소비자가 알아두어야 할 유의사항
- III. 보험계약의 주요 내용 요약서
- IV. 보험금 청구 절차 및 필요 서류 안내
- V. 자주 발생하는 민원 예시

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

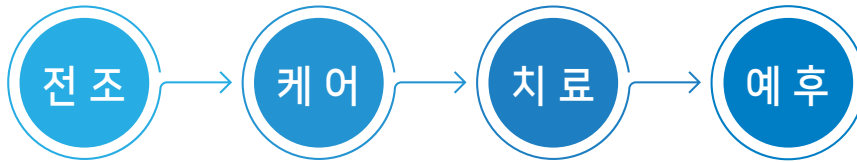
※ 이 요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을 받을 수 있으므로, 동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

# I. 보험계약의 개요



## 01. '(무)처음부터~ 올케어 암보험(세만기형)' 주요특징

### 암 관련 Total Care



#### 전 조

#### 암 발생 이전의 전조질환 보장

- 위,십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한)
- 주요바이러스질환진단비
- 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)
- 갑상선기능항진증치료비

#### 케 어

#### 전조질환에서 암 발생을 차단하는 케어 및 검사지원

- 암예방지원금 I ~ IV(전조질환 진단 시)
- 전조질환자 대상 헬스케어 서비스  
(추적 검사 지원 / 전담 의료진 통한 위해 요인 제거)

#### 치 료

#### 최신 암치료기법 및 입·통원 치료 보장

- 표적항암약물허가치료비,계속받는표적항암약물허가치료비
- 항암방사선치료비,항암약물치료비
- 상급종합병원암직접치료통원비
- 상급종합병원암직접치료입원비(1일이상180일한도)

#### 예 후

#### 암 진단 이후 예후관리 및 재활치료 보장

- 암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)
- 암주요재활치료비(급여,1일1회,연간10회한)
- 말기암호스피스통증완화치료비
- 암주요통증완화치료비(급여,연간1회한)

# I. 보험계약의 개요

## 02. '(무)처음부터~ 올케어 암보험(세만기형)' 상품 이해하기

### 무배당 처음부터~ 올케어 암보험(세만기형)



①

#### 무배당

계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

②

#### 암보험

암, 질병 등으로 인한 입원, 수술 등 다양한 위험을 보장하는 상품입니다.

## II. 소비자가 알아두어야 할 유의사항



### 01. 보험금 지급 제한 사항

**!** 이 보험에는 **면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금** 등 **보험금지급제한 조건**이 부가되어 있습니다. 보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

#### ☑ 면책기간

##### 면책기간

보험금  
미지급

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

##### ▮ 질병관련 특별약관

담보명	면책기간
암진단비(유사암제외)	가입 후 <b>90일간</b> 보장 제외
암진단비(유사암및특정소액암제외)	
11대특정암진단비	
고액치료비암진단비	
3대특정암진단비	
남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비	
여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비	
비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비	
위암 및 식도암 진단비	
소장암·대장암 및 항문암 진단비	
간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비	
신장암 및 뇌암 진단비	
호흡기암진단비	
림프종 및 백혈병 관련암 진단비	
암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)(갱신형)	
암수술비(유사암제외)	
암수술비(유사암제외,1회한)	
유방암수술비	



## II. 소비자가 알아두어야 할 유의사항

### ☑ 면책기간

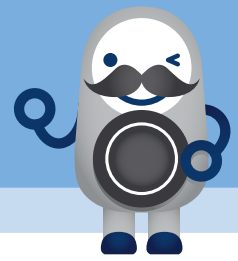
담보명	면책기간
계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한)	가입 후 <b>90일간</b> 보장 제외
말기암호스피스입원치료비	
암주요재활치료비(급여,1일1회,연간10회한)	
암주요통증완화치료비(급여,연간1회한)	
암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)	가입 후 <b>90일간</b> 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 해당없음)
요양병원암입원비(1일이상90일한도)	
상급종합병원암직접치료입원비(1일이상180일한도)	
상급종합병원암직접치료통원비	
암사망보험금	가입 후 <b>90일간</b> 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암 해당없음)
항암방사선약물치료비	
항암약물치료비	
항암양성자방사선치료비(갱신형)	
표적항암약물허가치료비(갱신형)	
계속받는표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)	
계속받는암진단비(갱신형)	첫번째암*/직전재진단암 발생 후 <b>2년간</b> 보장제외
계속받는유사암진단비(갱신형)	첫번째유사암*/직전재진단 유사암 발생 후 <b>2년간</b> 보장제외

- !** ① 15세이상 가입자에 한해 면책기간 반영  
**주의** ② “첫번째암” 및 “첫번째유사암”은 가입 후 **90일간** 보장이 제외됩니다.

### ! 상해 및 질병 관련 특별약관

담보명	면책기간
보험료납입지원 (암(유사암제외)진단및80%이상후유장해)	가입 후 <b>90일간</b> 보장 제외 (단, 암 진단시에만 해당)

- !** 갱신계약의 경우 면책기간을 적용하지 않습니다.  
**주의**



감액지급

**감액  
지급**

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

**질병관련 특별약관**

담보명	감액기간 및 비율	
암진단비(유사암제외)	가입 후 <b>1년간</b> 보험가입금액의 <b>50%</b> 지급	
암진단비(유사암 및 특정소액암 제외)		
유사암진단비		
갑상선암(초기제외)진단비		
11대특정암진단비		
고액치료비암진단비		
3대특정암진단비		
남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비		
여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비		
비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비		
위암 및 식도암 진단비		
소장암·대장암 및 항문암 진단비		
간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비		
신장암 및 뇌암 진단비		
호흡기암진단비		
림프종 및 백혈병 관련암 진단비		
유방암으로인한유방수술비		
여성생식기암자궁적출수술비		
항암방사선치료비		
항암약물치료비		
뇌혈관질환진단비		
뇌졸중진단비		
뇌출혈진단비		
허혈성심장질환진단비		
급성심근경색증진단비		
주요바이러스질환진단비		
위, 십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한)		
급여6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)		
갑상선기능항진증치료비		
MRI검사지원비(3대질병,급여,연간1회한)(갱신형)		
항암양성자방사선치료비(갱신형)		
표적항암약물허가치료비(갱신형)		가입 후 <b>180일간</b> 보험가입금액의 <b>25%</b> 지급, <b>180일~1년간</b> 보험가입금액의 <b>50%</b> 지급
계속받는표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)		



- 주의**
- ① 가입 1년 이후에는 보험가입금액의 100%를 지급합니다. (단, 일부담보의 경우 질병 구분에 따라 지급하는 보험가입금액 비율이 상이할 수 있습니다. 세부내용은 약관을 참고하여 주시기 바랍니다.)
  - ② 갱신계약의 경우 감액기간을 적용하지 않습니다.

## II. 소비자가 알아두어야 할 유의사항

### ☑ 감액지급

#### | 상해 및 질병 관련 특별약관

담보명	감액기간 및 비율
양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형)	가입 후 <b>1년간</b> 보험가입금액의 <b>50%</b> 지급



- ① 가입 1년 이후에는 보험가입금액의 100%를 지급합니다. (단, 일부담보의 경우 질병 구분에 따라 지급하는 보험가입금액 비율이 상이할 수 있습니다. 세부내용은 약관을 참고하여 주시기 바랍니다.)
- ② 갱신계약의 경우 감액기간을 적용하지 않습니다.
- ③ 단, 상해로 발생한 경우에는 해당되지 않습니다.

### ☑ 보장한도

보장한도

기간한도

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

#### | 상해관련 특별약관

담보명	한도내용
일반상해입원비(1일이상180일한도)	<b>1일 이상</b> <b>180일 한도로 보장</b> (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도)	
일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도)	

#### | 질병관련 특별약관

담보명	한도내용
질병입원비(1일이상180일한도)	<b>1일 이상</b> <b>180일 한도로 보장</b> (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
질병중환자실입원비(1일이상180일한도)	
상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도)	
암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)	
상급종합병원암직접치료입원비(1일이상180일한도)	
요양병원암입원비(1일이상90일한도)	<b>1일 이상</b> <b>90일 한도로 보장</b> (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)

보장한도

최초  
1회한

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

#### | 상해관련 특별약관

담보명	한도내용
일반상해80%이상후유장해보험금	<b>최초1회에 한해 보장</b>
일반상해20%이상후유장해보험금	<b>80%이상 후유장해시</b>
일반상해후유장해보험금	<b>최초1회에 한해 보장</b>



☑️ **보장한도**

**질병관련 특별약관**

담보명	한도내용
암진단비(유사암제외)	최초1회에 한해 보장
질병80%이상후유장해보험금	
암80%이상후유장해보험금	
암진단비(유사암및특정소액암제외)	
갑상선암(초기제외)진단비	
11대특정암진단비	
고액치료비암진단비	
3대특정암진단비	
남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암진단비	
여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암진단비	
비뇨기관(신장, 방광, 요관)암진단비	
위암 및 식도암 진단비	
소장암·대장암 및 항문암 진단비	
간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비	
신장암 및 뇌암 진단비	
호흡기암진단비	
림프종 및 백혈병 관련암 진단비	
암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)(갱신형)	
암수술비(유사암제외, 1회한)	
여성생식기암자궁적출수술비	
말기암호스피스완화입원치료비	
뇌혈관질환진단비	
뇌졸중진단비	
뇌출혈진단비	
허혈성심장질환진단비	
급성심근경색증진단비	
주요바이러스질환진단비	
갑상선기능항진증치료비	
항암방사선치료비	암, 기타피부암, 갑상선암 각각 최초1회에 한해 보장
항암약물치료비	
표적항암약물허가치료비(갱신형)	암, 기타피부암, 갑상선암 중 최초1회에 한해 보장
유사암진단비	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 각각 최초1회에 한해 보장

## II. 소비자가 알아두어야 할 유의사항

### ☑ 보장한도

#### I. 상해 및 질병 관련 특별약관

담보명	한도내용
보험료납입지원(암(유사암제외)진단및80%이상후유장해)	<b>최초1회에 한해 보장</b>
양전자단층촬영(PET)검사지원비(갱신형)	<b>연간1회에 한해 보장</b>

#### 보장한도 연간 횟수 제한

#### I. 질병관련 특별약관

담보명	한도내용
계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한)	<b>연간 1회한에 한해 보장</b>
계속받는표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)	
암주요통증완화치료비(급여,연간1회한)	
위, 십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한)	
6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여, 연간1회한)	
MRI검사지원비(3대질병,급여,연간1회한)(갱신형)	
암주요재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한)	<b>연간 10회한에 한해 보장</b>

## 02. 해지환급금에 관한 사항

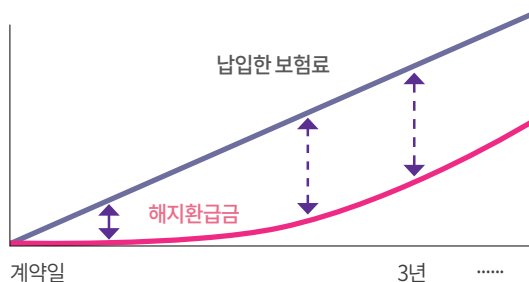
- 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해지환급금**을 지급합니다.

#### 해지환급금 적음 [납입기간중해지시]



**해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.**

(해지환급금: 납입한 보험료에서 계약체결, 유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급)





### 03. 갱신 시 보험료 인상 가능성

- 이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 특약이 포함되어 있습니다.



**!** 갱신형 계약은 **갱신할 때마다** 연령의 증가, 위험률의 변동 등으로 **보험료가 인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

#### 갱신시 보험료가 인상될 수 있는 특약

##### 질병 관련 특별약관

표적항암약물허가치료비(갱신형), 계속받는표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형), 암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)(갱신형), MRI검사지원비(3대질병,급여,연간1회한)(갱신형), 항암양성자방사선치료비(갱신형)

##### 상해 및 질병 관련 특별약관

양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형)

### 04. 실손보상형 담보

- 이 보험에는 실제 발생한 손해를 보상(실손보상)하는 담보가 포함되어 있습니다.



**!** ① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 **중복 가입**하더라도 **실제 발생한 손해(비용)을 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.** (중복 가입시 비례보상)  
② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록** 주의하시기 바랍니다.

#### 실손보상형 특약

비용손해 관련 특별약관 - 의료사고법률비용

## II. 소비자가 알아두어야 할 유의사항

### 05. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

#### ① 보장성보험



- ! 주의**
- ① 이 보험은 질병 및 상해 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
  - ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.
  - ③ 가입한 특약의 경우 기본계약과 보험기간이 다를 수 있습니다.  
(특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.)

#### ② 금리연동형보험



- ! 주의**
- ① 이 보험의 **보험료 적립금 산출**에 적용되는 **이율**은 **매월 변동**됩니다.
  - ② 동 **이율**은 납입한 적립보험료에서 **계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험 보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용**됩니다.
  - ③ 이 보험의 **최저보증이율\***은 **연복리 0.3%**입니다.

\* 운용자산이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

#### ③ 예금자보호



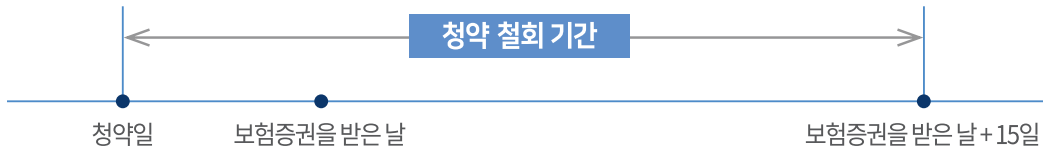
- ! 주의**
- ① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.
  - ② 예금자보호 한도는 MG손해보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 **1인당 “최고5천만원”**이며, **5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.**

# III. 보험계약의 주요 내용 요약서



## 01. 청약을 철회할 수 있는 권리

- 보험계약자는 **보험증권을** 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약**을 **철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 청약 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



### ! [청약 철회가 불가능한 경우]

- 주의
- ① **청약일**부터 **30일**(만65세 이상인 계약자가 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우
  - ② **진단계약**, 보장기간이 **90일 미만인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

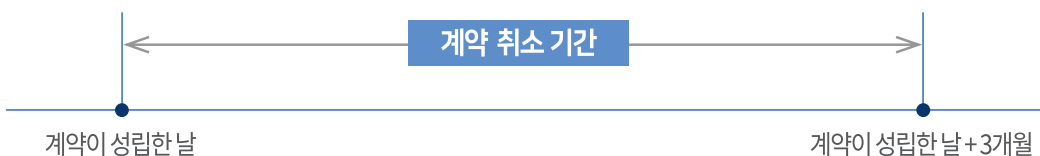
## 02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

- 보험계약자는 다음의 경우에 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 **계약**을 **취소**할 수 있습니다.

- ✓ 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- ✓ **보험약관의 중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- ✓ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우

<계약 취소 시 지급하는 금액>

납입한 보험료 + 이자





### III. 보험계약의 주요 내용 요약서

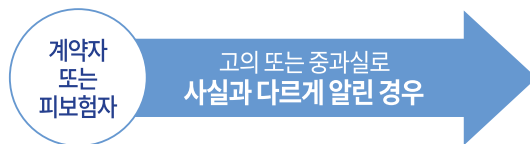
#### 03. 보험계약의 무효

- 보험회사는 **다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.**

- ✓ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 **피보험자의 서면 동의**를 얻지 않은 경우
- ✓ 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
- ✓ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 **피보험자의 나이에 미달되었거나 초과**되었을 경우

#### 04. 보험계약前 알릴 의무 및 위반시 효과

- 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서의 질문사항(중요사항)**에 대하여 **사실대로 알려야 합니다.**



계약 해지 가능  
(회사)

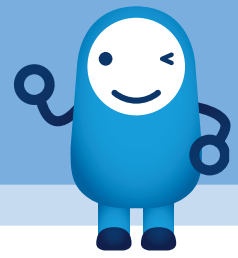
보장 제한 가능  
(회사)

- ! 주의 ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사에게만 구두로** 알렸을 경우 **보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- ② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

#### 법률 지식

[대법원 2007.6.28. 선고 2006다59837]

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



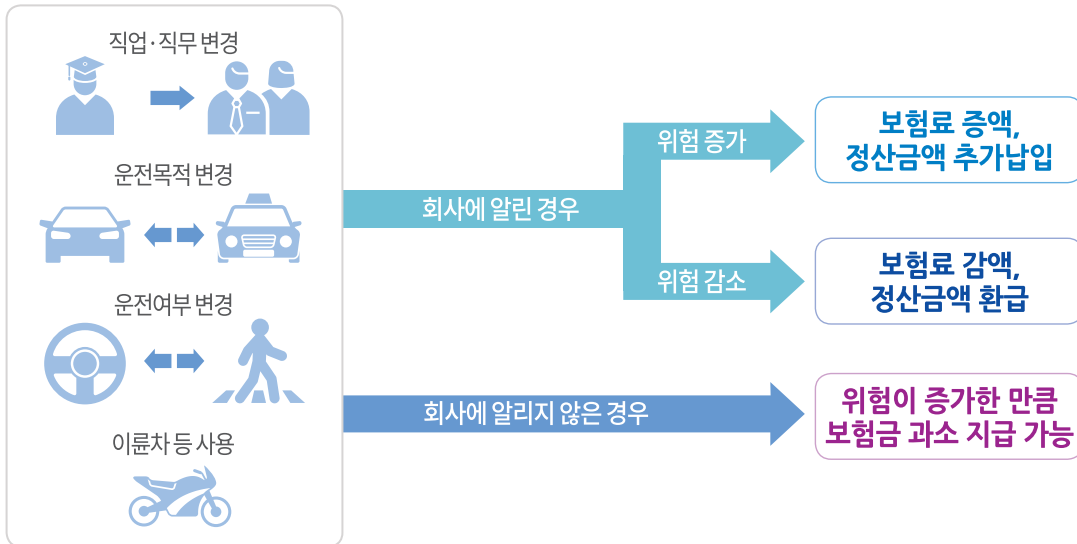
## 05. 보험계약後 알릴의무 및 위반시 효과

- 보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생**한 경우 **지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반**하는 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.



보험회사는 피보험자의 **직업·직무 변경** 등으로

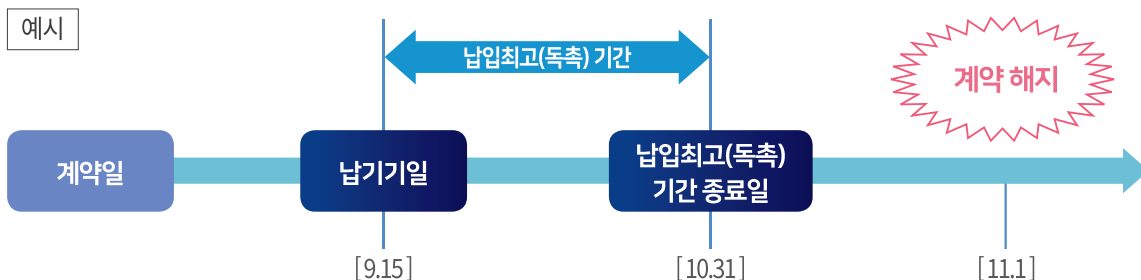
- 주의**
- ① **위험이 감소**한 경우 **보험료**를 **감액**하고 **정산금액**을 **환급**하여 드리며,
  - ② **위험이 증가**한 경우 **보험료**가 **증액**되고 **정산금액**의 **추가납입**이 **필요**할 수 있습니다.



## 06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

- 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

\* 납입최고(독촉) 기간: 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)

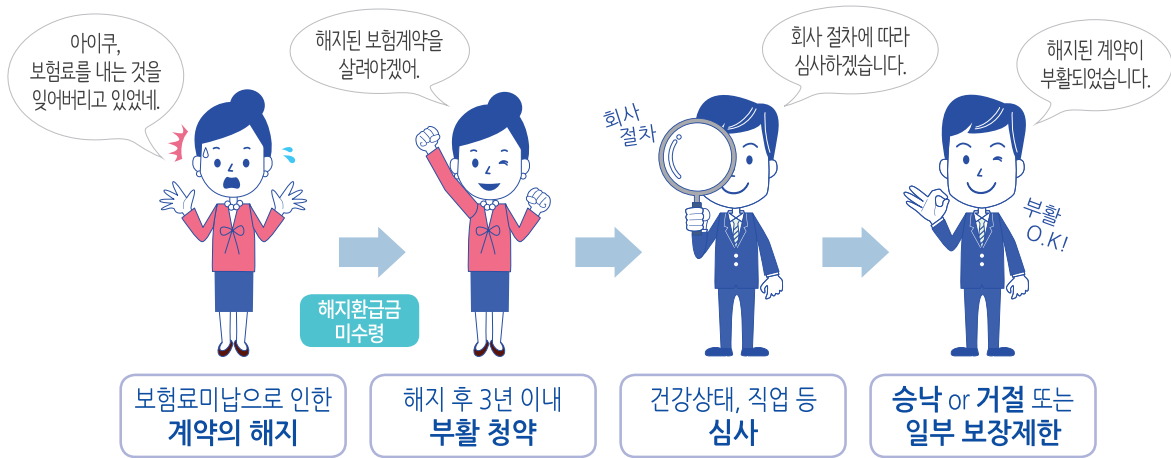


### III. 보험계약의 주요 내용 요약서

#### 07. 해지된 보험계약의 부활 (효력회복)

- 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해지환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)**을 청약할 수 있습니다.

**!** 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절**하거나 **보장**의 **일부**를 **제한**할 수 있습니다.



#### 08. 보험계약대출

- 보험계약자는 보험계약의 해지환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

- !** 주의
- ① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해지환급금** 또는 **보험금**에서 **차감**될 수 있습니다.
  - ② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.
  - ③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 **반드시 확인**하시기 바랍니다.

예시

해지환급금	환급금 내역서			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원



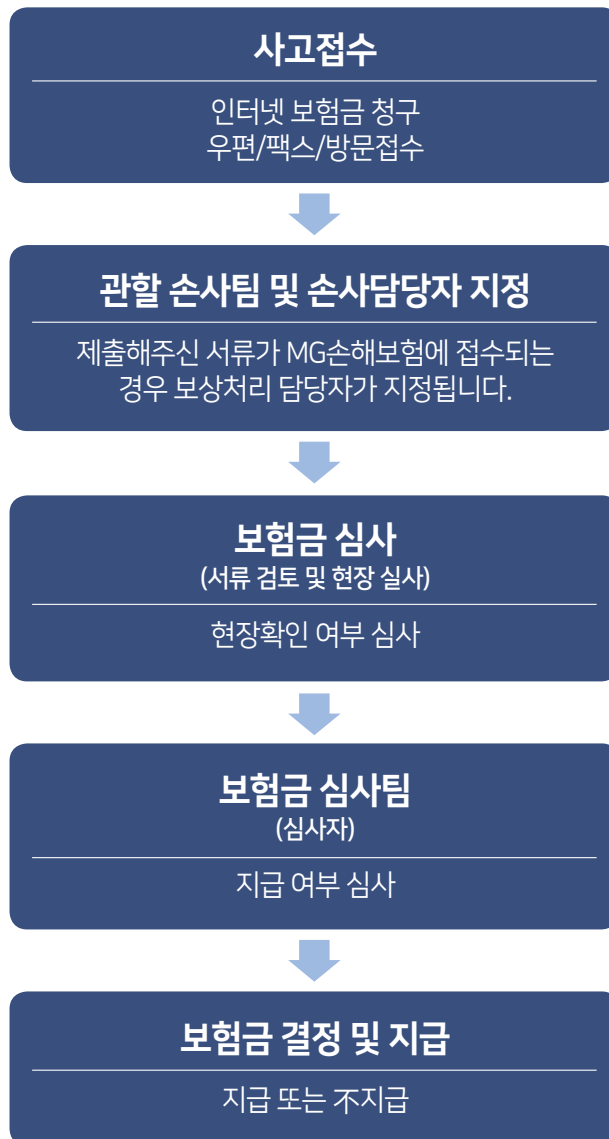
# IV. 보험금 청구 절차 및 필요서류 안내



## 01. 보험금 청구 절차

- **보험금**은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.  
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 30영업일이 소요될 수 있습니다.)

**!** **MG손해보험 홈페이지**(www.mgeneralins.com)에 **접속**하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급 내역을 확인하실 수 있으며, **보험금 부지급 결정** 및 **산정내역**에 **이의사항**이 있는 경우 **고객콜센터** (Tel. 1588-5959)로 연락주시면 상담하여 드립니다.



## IV. 보험금 청구 절차 및 필요 서류 안내

### 02. 필요서류 안내



- ① 소액보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류가 간소화**되는 경우가 있으니, **보험금 청구 전에** 보험회사에 **제출서류를 확인**하시기 바랍니다.
- ② 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 추가 서류가 필요할 수 있습니다.

구분	진단서	진단사실확인서류	수술확인서	입·퇴원확인서	공통
사망	● (사망진단서)				보험금 청구서 · 신분증
입원	●			●	
통원	△	△			
장해	● (후유장해진단서)				
진단	●	●			
골절	●	△			
수술	●		●		

※ 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요구할 수 있습니다.

진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.

# V. 자주 발생하는 민원 사례



## 민원 사례 1

### 보험계약 前 알릴의무

A씨는 계약 체결 시 과거 치료이력이 별 것 아니라고 판단하여 청약서의 질문서에 기재하지 않고 보험을 가입함. 이후 회사가 고지의무 위반을 근거로 보장을 일부 제한



↓  
보험회사는 가입시에 계약자 및 피보험자가 보험계약과 관련된 '중요한 사항'에 대해 회사에 사실대로 알려야 하며, 허위 또는 부실하게 알렸을 경우에는 보험사고 발생시 보상이 되지 않거나 보험계약이 해지 될 수 있음을 안내

#### 중요한 사항

회사가 그 사실을 알았다더라면 보험계약의 인수를 거절하거나 보험가입금액의 한도를 제한하는 등 계약인수여부 또는 보험료 책정에 영향을 미치는 사항을 말합니다. 또한 청약서 상의 질문 사항은 중요한 사항으로 추정됩니다.

## 민원 사례 2

### 보험계약 後 알릴의무



B씨는 사무직에서 공장 생산직으로 직무가 변경된 후, 작업 중 기계에 손을 다쳤는데 보험금 지급이 제한되어 민원을 제기

↓  
계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경하게 된 경우, 지체없이 회사에 알려야 함을 안내

## 민원 사례 3

### 해지환급금



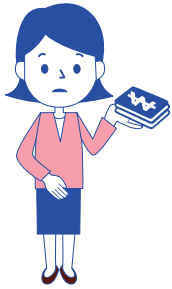
C씨는 계약 체결 6개월 후 개인사유로 보험계약을 해지하였는데, 해지환급금이 납입한 보험료보다 적어 민원을 제기

↓  
보험회사는 보험계약에서 은행 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해지 환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을수 있음을 안내

## V. 자주 발생하는 민원 사례

### 민원 사례 4

#### 암직접치료입원비 지급 여부



D씨는 위암으로 인해 위부분절제술 및 항암치료 시행 후 요양병원에 입원하여 면역력 향상 및 후유증 완화 등의 약물치료를 포함한 입원치료를 받고 암직접치료입원비를 청구하였으나 면책 안내 받아 민원을 제기



암의 직접치료는 종양을 제거하거나 종양의 증식을 억제하기 위한 수술이나 방사선 치료, 항종양 약물치료 등 항암치료를 의미. 암 치료 후 그로 인해 발생한 후유증 및 부작용을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 것과 면역력 향상 목적 등의 치료는 암 직접 치료 입원비에 해당하지 않음

### 민원 사례 5

#### 같은 종류의 질병으로 수술을 2회 이상 받은 경우 질병수술비 지급 여부



E씨는 척추협착증(유합술) 수술을 받은 후에 허리통증이 지속되어 1년이 되지 않아 재수술을 받고 최초수술과 재수술 모두에 대해 회사에 보험금을 청구하였으나 하나의 건만 인정되어 민원을 제기



같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급하며, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후에만 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급함을 안내

### 민원 사례 6

#### 항암방사선 치료를 받은 경우 암수술비 지급 여부



F씨는 항암방사선 치료를 통해 종양크기를 줄인 후 암수술을 받고 항암방사선 치료와 암수술 모두에 대하여 보험금을 청구하였으나 암수술에 대해서만 인정되어 민원을 제기



이 특약에서 수술은 의료기구를 사용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며 항암방사선치료는 고에너지 전리 방사선을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법으로서 이에 해당하지 않음을 안내





무배당

처음부터~ 올케어  
암보험  
(세만기형)[21.04]

# 개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문

## 1. 금융서비스 이용 범위

고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용되며, 고객이 영업장, 인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1)회사가 본인의 개인신용정보(이하 “본인정보”)를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2)회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 “마케팅”) 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

## 2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 상의 고객 권리

### 가. 본인정보의 제공사실 통보 요구

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 회사가 본인정보를 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 회사에 요구할 수 있습니다.

### 나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 회사가 제3자로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우 그 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 회사에 요구할 수 있습니다.

### 다. 본인정보의 제공·이용 동의철회 요구권 및 연락중지 요구

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단 시킬 수 없습니다)

※ 신청자 제한 : 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

### 라. 본인정보의 열람 및 정정요구

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조에 따라 회사가 보유한 본인정보에 대한 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정·삭제를 요구할 수 있으며, 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

### 마. 본인정보의 무료 열람 요구

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사(한국신용정보, 한국신용평가정보, 서울신용평가정보, 코리아크레딧뷰로)를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

### 바. 위의 권리행사(동 법률 제35조~38조)를 원하시는 고객은 아래의 매체를 통하여 신청하여 주시기 바랍니다.

- ▶ 전 화 : 1588-5959
- ▶ 인터넷 : <http://www.mgeneralins.com>
- ▶ 서 면 : 서울특별시 강남구 테헤란로 335 MG손해보험빌딩

## 3. 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

### 가. 당사 개인정보 보호실무책임자 :

- ▶ (02)3788-2856/서울특별시 강남구 테헤란로 335

### 나. 손해보험협회 개인정보보호담당자 :

- ▶ (02)3702-8500/서울특별시 종로구 종로5길 68

### 다. 금융감독원 개인정보보호담당자 :

- ▶ 국번없이 1332/서울특별시 영등포구 여의대로 38

## 보험용어해설

보험약관	· 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것	
보험증권	· 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서	
보험계약자	· 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람	
피보험자	· 보험사고 발생의 대상이 되는 사람	
보험수익자	· 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람	
보험료	보장 보험료	· 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료
	적립 보험료	· 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
	적립부분 순보험료	· 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액
보험금	· 피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액	
보험기간	· 보험계약에 따라 보장을 받는 기간	
보장개시일	· 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날	
보험계약일	· 계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일	
보험가입금액	· 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액 ※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨	
책임준비금	· 장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액	
해지환급금	· 계약의 효력 상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액	

## 목 차

### ◇ 무배당 처음부터~ 올케어 암보험(21.04) 보통약관

#### <2종 : 세만기형>

#### 제1관 목적 및 용어의 정의

- 제1조(목적)
- 제2조(용어의 정의)

#### 제2관 보험금의 지급

- 제3조(“암”의 정의 및 진단확정)
- 제4조(보험금의 지급사유)
- 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)
- 제6조(보험금 지급사유의 통지)
- 제7조(보험금의 청구)
- 제8조(보험금의 지급절차)
- 제9조(「보장성보험공시이율(1701)」의 적용 및 공시)
- 제10조(중도인출에 관한 사항)
- 제11조(만기환급금의 지급)
- 제12조(보험금 받는 방법의 변경)
- 제13조(주소변경통지)
- 제14조(보험수익자의 지정)
- 제15조(대표자의 지정)

#### 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제16조(계약 전 알릴 의무)
- 제17조(알릴 의무 위반의 효과)
- 제18조(사기에 의한 계약)

#### 제4관 보험계약의 성립과 유지

- 제19조(보험계약의 성립)
- 제20조(청약의 철회)
- 제21조(약관교부 및 설명 의무 등)
- 제22조(계약의 무효)
- 제23조(계약내용의 변경 등)
- 제24조(보험나이 등)
- 제25조(계약의 소멸)

#### 제5관 보험료의 납입

- 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
- 제27조(제2회 이후 보험료의 납입)
- 제28조(보험료의 납입면제)
- 제29조(보험료의 자동대출납입)
- 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
- 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
- 제32조(강제집행 등에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

#### 제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

- 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
- 제34조(중대사유로 인한 해지)
- 제35조(회사의 파산선고와 해지)
- 제36조(해지환급금)

- 제37조(위법계약의 해지)
- 제38조(보험계약대출)
- 제39조(배당금의 지급)

제7관 분쟁의 조정 등

- 제40조(분쟁의 조정)
- 제41조(관할법원)
- 제42조(소멸시효)
- 제43조(약관의 해석)
- 제44조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)
- 제45조(회사의 손해배상책임)
- 제46조(개인정보보호)
- 제47조(준거법)
- 제48조(예금보험에 의한 지급보장)

◇ 무배당 처음부터~ 올케어 암보험(21.04) 특별약관

<2종 : 세만기형>

【 상해관련 특별약관 】

1. 일반상해사망보험금 특별약관
2. 일반상해후유장해보험금 특별약관
3. 일반상해80%이상후유장해보험금 특별약관
4. 일반상해20%이상후유장해보험금 특별약관
5. 일반상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관
6. 일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관
7. 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관
8. 일반상해수술비 특별약관
9. 일반상해1~5중수술비 특별약관

【 질병관련 특별약관 】

1. 질병사망보험금 특별약관
2. 질병80%이상후유장해보험금 특별약관
3. 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관
4. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관
5. 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관
6. 질병수술비 특별약관
7. 암사망보험금 특별약관
8. 암80%이상후유장해보험금 특별약관
9. 암진단비(유사암및특정소액암제외) 특별약관
10. 유사암진단비 특별약관
11. 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관
12. 11대특정암진단비 특별약관
13. 고액치료비암진단비 특별약관
14. 3대특정암진단비 특별약관
15. 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비 특별약관
16. 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비 특별약관
17. 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비 특별약관
18. 위암 및 식도암 진단비 특별약관
19. 소장암·대장암 및 항문암 진단비 특별약관
20. 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비 특별약관
21. 심장암 및 뇌암 진단비 특별약관
22. 호흡기암진단비 특별약관
23. 림프종 및 백혈병 관련암 진단비 특별약관
24. 계속받는암진단비 특별약관
25. 계속받는유사암진단비(기타피부암,갑상선암,전립선암) 특별약관
26. 암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)(갱신형) 특별약관

- 26-1. 가사도우미지원 프로그램 특별약관
27. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관
28. 요양병원암입원비(1일이상90일한도) 특별약관
29. 상급종합병원암직접치료입원비(1일이상180일한도) 특별약관
30. 암수술비(유사암제외) 특별약관
31. 유사암수술비 특별약관
32. 암수술비(유사암제외,1회한) 특별약관
33. 유방암으로 인한 유방수술비(유사암제외) 특별약관
34. 여성생식기암자궁적출수술비 특별약관
35. 항암방사선치료비 특별약관
36. 항암약물치료비 특별약관
37. 계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한) 특별약관
38. 표적항암약물허가치료비(갱신형) 특별약관
39. 계속받는표적항암약물허가치료비(갱신형) 특별약관
40. 상급종합병원암직접치료통원비 특별약관
41. 말기암호스피스통증완화치료비 특별약관
42. 암주요재활치료비(급여,1일1회,연간10회한) 특별약관
43. 암주요통증완화치료비(급여,연간1회한) 특별약관
44. 뇌혈관질환진단비 특별약관
45. 뇌졸중진단비 특별약관
46. 뇌출혈진단비 특별약관
47. 허혈성심장질환진단비 특별약관
48. 급성심근경색증진단비 특별약관
49. 양성뇌종양진단비 특별약관
50. 위,십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한) 특별약관
51. 주요바이러스질환진단비 특별약관
52. 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한) 특별약관
53. 갑상선기능항진증치료비 특별약관
54. 질병1~5종수술비 특별약관
55. MRI검사지원비(3대질병,급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관
56. 항암양성자방사선치료비(갱신형) 특별약관
57. [암예방지원금Ⅰ] 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한) 특별약관
58. [암예방지원금Ⅱ] 주요바이러스질환진단비(5년연지급형) 특별약관
59. [암예방지원금Ⅲ] 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한) 특별약관
60. [암예방지원금Ⅳ] 갑상선기능항진증치료비(5년연지급형) 특별약관

**【 상해 및 질병 관련 특별약관 】**

1. 양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관
2. 보험료납입지원(암(유사암제외)진단및80%이상후유장해) 특별약관

**【 비용손해 관련 특별약관 】**

1. 의료사고법률비용 특별약관

**【 제도성 특별약관 】**

1. 보험료 자동납입 특별약관
2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관
3. 이론자동차 운전중 상해 미보장 특별약관
4. 지정대리청구서비스 특별약관
5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관

**◆ 별표**

**【별표1】 장해분류표**

<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

**【별표1-1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산**

**【별표2】 악성신생물(암) 분류표**

**【별표3】 제자리의 신생물 분류표**

- 【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표
- 【별표5】 11대특정암 분류표
- 【별표6】 고액치료비암 분류표
- 【별표7】 3대특정암 분류표
- 【별표8】 남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암 분류표
- 【별표9】 여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암 분류표
- 【별표10】 비뇨기관(신장, 방광, 요관)암 분류표
- 【별표11】 위암 및 식도암 분류표
- 【별표12】 소장암·대장암 및 항문암 분류표
- 【별표13】 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 분류표
- 【별표14】 심장암 및 뇌암 분류표
- 【별표15】 호흡기암 분류표
- 【별표16】 림프종 및 백혈병 관련암 분류표
- 【별표17】 「가사도우미지원 프로그램」 세부내용
- 【별표18】 유방수술 분류표
- 【별표19】 여성생식기암 분류표
- 【별표20】 자궁적출수술 분류표
- 【별표21】 급여 항암방사선치료 분류표
- 【별표22】 급여 항암약물 분류표
- 【별표23】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명
- 【별표24】 급여 암주요재활치료 분류표
- 【별표25】 급여 신경차단·파괴술 분류표
- 【별표26】 뇌혈관질환 분류표
- 【별표27】 뇌졸중 분류표
- 【별표28】 뇌출혈 분류표
- 【별표29】 허혈성심장질환 분류표
- 【별표30】 급성심근경색증 분류표
- 【별표31】 주요바이러스질환 분류표
- 【별표32】 위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함) 분류표
- 【별표33】 6대기관 양성종양(폴립포함) 분류표
- 【별표34】 급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 분류표
- 【별표35】 특정부위 분류표
- 【별표36】 특정질병 분류표
- 【별표37】 의료기관의 시설규격
- 【별표38】 1~5종 수술 분류표
- 【별표39】 3대질병 분류표
- 【별표40】 기타관계법규





무배당  
처음부터~ 올케어 암보험(21.04)  
보통약관

## < 2종 | 세만기형 >

### 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 피보험자의 질병, 상해 또는 비용손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

#### 제2조(용어의 정의)

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

##### 1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

##### 마. 피보험자

1) 상해 및 질병보장 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2) 비용손해보장 : 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람. 즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말합니다.

##### 2. 지급사유 관련 용어

가. 상해 : 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함한다)에 입은 상해를 말합니다.

나. 장애 : 【별표1】(장애분류표)에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

다. 중요한 사항 : 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

##### 3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

#### 【예시】

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원

- 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원

#### 【단리와 복리】

이자 계산에서 단리는 원금에 대해서만 약정된 이자율과 기간을 곱해서 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 일정기간마다 이자를 원금에 합쳐 그 합계금액에 대한 이자를 다시 계산하는 방법입니다. 다시말해 단리계산은 원금에 대해서만 이자가 붙고 복리계산은 (원금+이자)에 이자가 붙는 것입니다. 단리와 복리 계산을 일반화된 수식으로 표현하자면 다음과 같습니다.

▷ 단리 :  $S = A(1+r \times n)$

▷ 복리 :  $S = A(1+r)^n$

(S : 원금과 이자의 합계 / A : 원금 / r : 이자율 / n : 기간)

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

(금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다)

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

##### 4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

## 제2관 보험금의 지급

### 제3조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

### 제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“암”으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표40】 (기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조(보험금 지급사유의 통지)**

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

**제7조(보험금의 청구)**

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  - 1. 청구서(회사양식)
  - 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
  - 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 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)(【별표40】 (기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제8조(보험금의 지급절차)**

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
  - 1. 소송제기
  - 2. 분쟁조정 신청
  - 3. 수사기관의 조사
  - 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
  - 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유에 대한 조사 및 확인이 지연되는 경우
  - 6. 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1-1】 (보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약

자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더 하여 지급하지 않습니다.

- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

**【가지급보험금】**  
 보험사고가 발생한 후 보험금 지급사유의 조사 및 확인에 대한 상당한 시일이 소요되거나 장기간 치료를 받게 됨으로 인하여 보험약관에서 정한 기일 내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우 경제적 어려움에서 조속히 벗어날 수 있도록 하기 위하여 추정보험금의 50% 범위 내에서 미리 지급하는 보험금을 말합니다.

**제9조(「보장성보험공시이율(1701)」의 적용 및 공시)**

- ① 이 계약의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 정해진 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 이 계약의 보장성보험공시이율(1701)로 하며 보장성보험공시이율(1701)은 매월 1일부터 해당 월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
- ② 제1항의 보장성보험공시이율(1701)은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리(국고채, 회사채, 통화안정증권 등의 수익률을 가중평균하여 계산)를 가중 평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중에 보장성보험공시이율(1701)이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 0.3%를 적용합니다.
- ④ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 보장성보험공시이율(1701)을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

**【공시이율】**  
 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.  
**【최저보증이율】**  
 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용 이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 0.2%인 경우(최저보증이율은 0.3%일 경우), 적립금은 공시이율(0.2%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 부리됩니다.

**제10조(중도인출에 관한 사항)**

- ① 계약자는 보장개시일부터 1년이상 지난 유효한 계약으로써 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해지환급금(단, 보통약관의 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해지환급금을 한도로 합니다)의 80% 범위 내에서 횡수에 제한 없이 중도 인출 할 수 있습니다.
- ② 제1항의 적립부분 해지환급금은 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일로부터 보험료 납입경과기간에 따라 제36조(해지환급금) 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액)을 말합니다.
- ③ 제1항의 적립부분 해지환급금은 제38조(보험계약대출)에 따른 보험계약대출이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액을 기준으로 합니다.
- ④ 제1항에 따라 중도인출시 만기(해지)환급금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해지)환급금이 감소합니다.

**【예시】**  
 중도인출을 요청하는 시점에서 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 의해 산출한 보통약관 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우  
 - 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원  
 - 원금과 이자의 합계가 30만원인 보험계약대출이 있는 경우  
 잔여 중도인출 가능액 = 80만원 - 30만원 = 50만원

**제11조(만기환급금의 지급)**

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 계약의 「보장성보험공시이율(1701)」로 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부 터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1-1】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

**제12조(보험금 받는 방법의 변경)**

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 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 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

**제13조(주소변경통지)**

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

**제14조(보험수익자의 지정)**

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제11조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하고, 사망보험금 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

**【법정상속인】**  
 법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

**제15조(대표자의 지정)**

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자 1명을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

**【계약자가 2명 이상인 경우】**  
 계약자가 2명 이상인 경우 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.  
**【연대】**  
 2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

**제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등**

**제16조(계약 전 알릴 의무)**

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

**【사례】**  
 계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기

재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

**제17조(알릴 의무 위반의 효과)**

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
  - 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  - 3. 최초계약 체결일부터 3년이 지났을 때
  - 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 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 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 이 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. (부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

**【중대한 과실】**

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

**제18조(사기에 의한 계약)**

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

**제4관 보험계약의 성립과 유지**

**제19조(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 금액을 계약자에게 돌려 드

리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

**【보험가입금액 제한】**  
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

**【일부보장 제외】**  
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

**【보험금 삭감】**  
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

**【보험료 할증】**  
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

**제20조(청약의 철회)**

- ① 일반금융소비자인 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제46조(【별표40】(기타관계법규) 참조) 및 관련 법규가 정하는 바에 따라 보험증권을 받은 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제46조 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 따라 계약자가 철회의사를 표시하기 위한 서면 등을 발송한 때 효력이 발생합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약 제8조(보험금의 지급절차)에서 보험금 지급이 지연되는 경우 적용되는 이자율을 적용하여 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 합니다.
- 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 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

**【일반금융소비자】**  
전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말합니다.

**【전문금융소비자】**  
금융상품에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서, 구체적인 범위는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 바에 따릅니다.

**제21조(약관교부 및 설명 의무 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 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
  - 1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 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.
- ③ 제1항 단서에도 불구하고 사이버몰 등 인터넷을 이용하여 모집한 경우 회사는 계약자의 별도 동의 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 광기록매체, 전자우편 등 전자적 방법으로 드릴 수 있습니다. 다만, 보험계약자가 서면으로 교부하여 줄 것을 요청하는 경우에는 서면으로 드립니다.
- ④ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
  1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
  2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑥ 제4항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한합니다. 단, 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우 이를 차감한 금액을 말합니다)를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

**【약관의 중요한 내용】**

보험업법 시행령 제42조의 2(설명 의무의 중요사항등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명 의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

**【통신판매계약】**

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

**【보험계약대출이율】**

계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 보험계약대출이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 보험계약대출이율이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험 상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

**제22조(계약의 무효)**

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한합니다. 단, 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우 이를 차감한 금액을 말합니다)를 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 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자(실제 만나이를 적용합니다), 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그 계약을 유효한 것으로 봅니다.
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.
4. 피보험자가 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 제3조 (“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우

**【심신상실자】**

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금지산자가 되며, 금지산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.

**【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. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률행위는 취소할 수 있습니다.

**제23조(계약내용의 변경 등)**

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
  - 1. 보험종목
  - 2. 보험기간
  - 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
  - 4. 계약자, 피보험자
  - 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있을 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제36조(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.

**【보험가입금액 등의 감액시 환급금】**

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해지)환급금보다 적어질 수 있습니다.

**제24조(보험나이 등)**

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.
- ③ 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

**【보험나이 계산 예시】**

생년월일 : 1993년 6월 2일, 현재(계약일) : 2020년 1월 10일  
 ⇒ 2020년 1월 10일 - 1993년 6월 2일 = 26년 6월 8일 = 27세

**【계약해당일 예시】**

보험계약일이 해당년도에 없는 경우에는 계약발생월의 말일을 해당년도의 계약일로 합니다.  
 ⇒ 보험계약일이 2020년 2월 29일인 경우 2021년 2월 28일을 해당년도의 계약해당일로 합니다.

**제25조(계약의 소멸)**

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.

- ② 제1항에 따라 이 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그 때까지 적립한 적립부분 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 계약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그 때까지 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제3조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.
- ⑦ 제1항 내지 제6에 따라 계약이 소멸되는 경우 제38조(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.

**【실종선고】**  
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

**【민법 제27조(실종의 선고)】**  
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.  
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

**제5관 보험료의 납입**

**제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)**

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 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.

**【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. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
  - 1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
  - 2. 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 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 해드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”로 합니다.

**제27조(제2회 이후 보험료의 납입)**

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 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.

- ② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 평균공시이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간 중에 소멸 또는 변경되거나 보험료 납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

**제28조(보험료의 납입면제)**

- ① 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
1. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후 제3조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정 되었을 때
  2. 상해로 **【별표1】** (장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
  3. 진단확정 된 질병으로 **【별표1】** (장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
- ② 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, **【별표1】** (장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 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 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 후유장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1항에서 정한 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험사고 사유판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 같은 질병 또는 상해로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이미 발생한 후유장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 이미 이 계약에서 제1항에서 정한 납입면제 사유에 해당되지 않았던(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다) 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.
- ⑨ 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1항에서 정한 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료를 납입 면제하여 드리지 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
- ⑩ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1항에서 정한 상해 관련 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료를 납입면제하여 드리지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 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 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료를 납입면제하여 드립니다)
  3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ⑪ 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.
  - ⑫ 제1항에도 불구하고 갱신형 특별약관이 갱신되는 경우, 그 특별약관의 갱신 이후 보장보험료는 계속 납입하여야 합니다.
  - ⑬ 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

**제29조(보험료의 자동대출납입)**

- ① 계약자는 제30조(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 있으며, 이 경우 제38조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 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 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제36조(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.

**【자동대출납입】**

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

**【납입최고(독촉)기간】**

납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

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

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
  1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉) 기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
  2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지 환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지 환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료(보장보험료와 적립보험료의 합계)와 이에 대한 연체이자(연체된 보장 보험료에 대하여 보통약관의 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다

**제32조(강제집행 등에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복))**

- ① 회사는 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 제23조(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】**  
강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

**【담보권실행】**  
담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

**【국세 및 지방세 체납처분절차】**  
국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금징수, 독촉장 발부 및 재산압류 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**

**제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)**

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제22조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장애에 한하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제34조(중대사유로 인한 해지)**

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
  1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
  2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거

- 나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

**제35조(회사의 파산선고와 해지)**

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제36조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제36조(해지환급금)**

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1-1】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

**제37조(위법계약의 해지)**

계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조(【별표40】(기타관계법규) 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결일로부터 5년을 초과하지 않는 범위내에서 계약체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

**제38조(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 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제30조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

**제39조(배당금의 지급)**

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

**제7관 분쟁의 조정 등**

**제40조(분쟁의 조정)**

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

**제41조(관할법원)**

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

**제42조(소멸시효)**

- ① 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 만료됩니다.
- ② 제1항의 소멸시효는 해당청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

**【소멸시효】**  
 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2020년 4월 1일에 발생하였음

에도 2023년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

#### 제43조(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 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

#### 제44조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약에 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

##### 【보험안내자료】

계약의 청약에 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

#### 제45조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 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.

##### 【현저하게 공정을 잃은 합의】

회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

#### 제46조(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.

#### 제47조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

#### 제48조(예금보험에 의한 지급보장)

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

##### 【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사에서 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.



무배당  
처음부터~ 올케어 암보험(21.04)  
특별약관

## 【 상해관련 특별약관 】

### 1. 일반상해사망보험금 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

#### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) “사망”의 원인 및 일반상해사망보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 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 보장합니다)
  3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

#### 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

**【직업】**

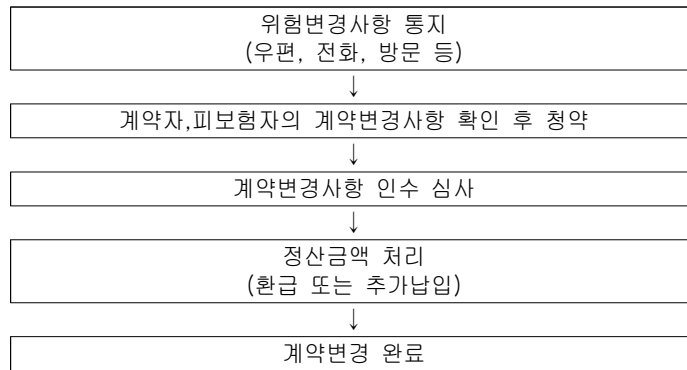
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함  
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

**【직무】**

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우  
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
  3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우  
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
  4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

**【위험변경에 따른 계약변경 절차】**



- 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.

**【중대한 과실】**

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

**제5조(알릴 의무 위반의 효과)**

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
  1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
  1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
  - ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 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 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
  - ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 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 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

## 제6조(특약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자(실제 만나이를 적용합니다), 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그 계약을 유효한 것으로 봅니다.
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.

### 【심신상실자】

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.

### 【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. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률행위는 취소할 수 있습니다.

## 제7조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약

관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 2. 일반상해후유장해보험금 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해상태가 되었을 경우에 회사는 아래와 같이 일반상해후유장해보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 경우 : 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 지급
2. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 경우 : 이 특약의 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 지급

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 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 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 적용합니다.

#### 【예시】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 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 보장합니다)
  3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

#### 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

##### 【직업】

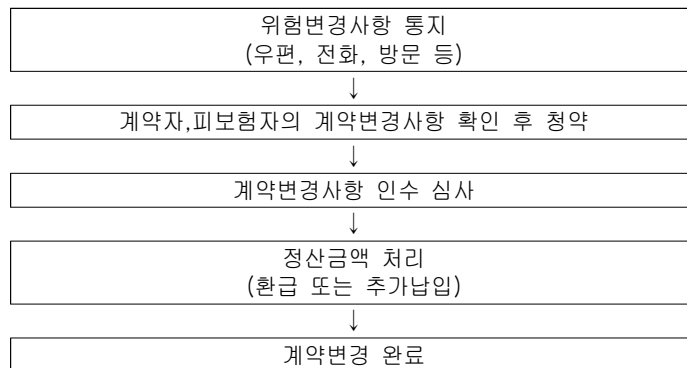
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함  
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

##### 【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우  
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
  3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우  
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
  4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

##### 【위험변경에 따른 계약변경 절차】



- 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 이 특약을 해지할 수 있습니다.
  - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
  - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  - 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  - 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 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 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 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 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

**제6조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제7조(특약의 소멸)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 장해지급률이 80%이상에 해당하여 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 3. 일반상해80%이상후유장해보험금 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 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 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 적용합니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 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 보장합니다)
  3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

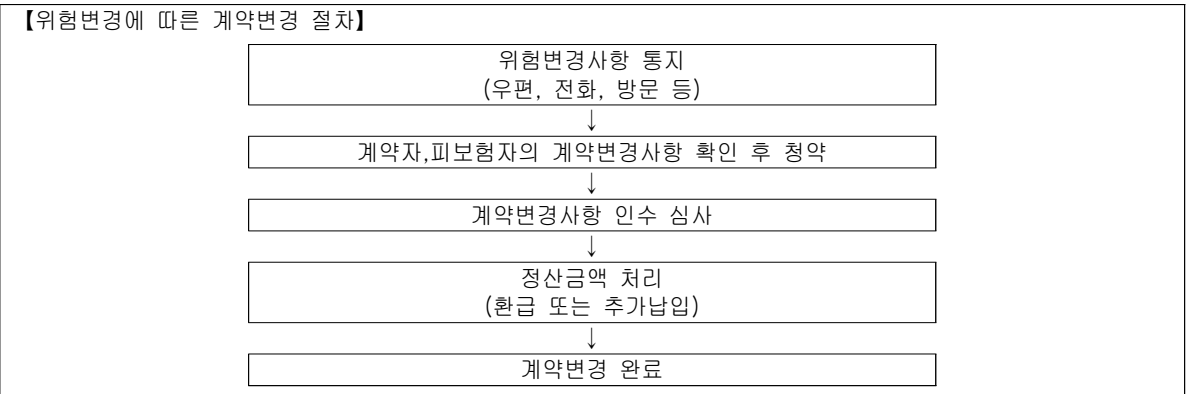
**제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)**

- ① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
  1. 보험증권 등에 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. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우  
 예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우  
 예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우 포함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(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 이 특약을 해지할 수 있습니다.
  1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
  1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 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 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 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 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

### 제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제7조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

## 제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 4. 일반상해20%이상후유장해보험금 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해상태가 되었을 경우에 회사는 아래와 같이 일반상해20%후유장해보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 경우 : 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 지급
2. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 20%이상 80%미만에 해당하는 경우 : 이 특약의 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 지급

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 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 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 적용합니다.

#### 【예시】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 경우

에는 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 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 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 보장합니다)
  - 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

#### 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

##### 【직업】

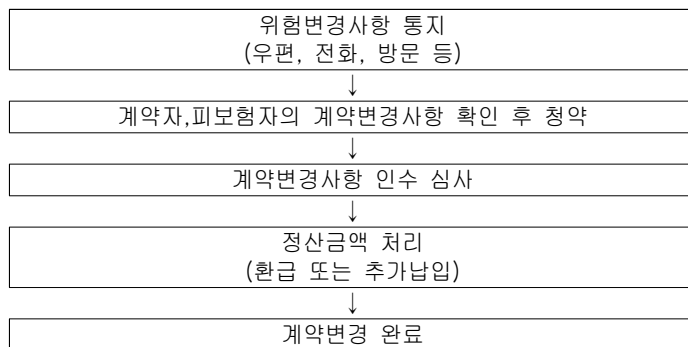
- 1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분(예)에 따른 위치나 자리를 말함(예) 학생, 미취학아동, 무직 등

##### 【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- 2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
  - 예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
- 3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
  - 예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
- 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우 포함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

##### 【위험변경에 따른 계약변경 절차】



- 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 이 특약을 해지할 수 있습니다.
  - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
  - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  - 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  - 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 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 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 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 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

**제6조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제7조(특약의 소멸)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 장해지급률이 80%이상에 해당하여 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에

기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 5. 일반상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관

### 제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 일반상해입원비(1일 이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 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 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

### 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

#### 【직업】

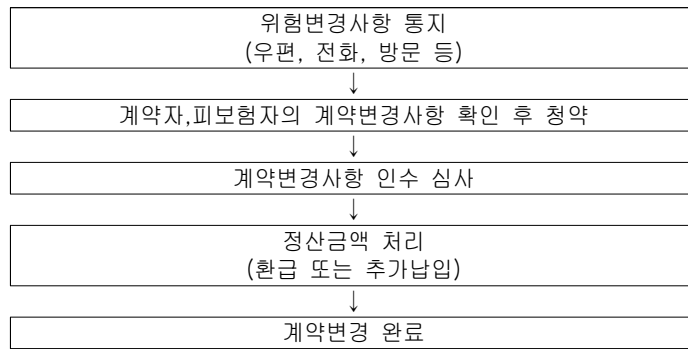
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함 (예) 학생, 미취학아동, 무직 등

#### 【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
    - 예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
  3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
    - 예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
  4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우 포함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

#### 【위험변경에 따른 계약변경 절차】



- 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.

### 제6조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 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 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제5조(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 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

### 제7조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제8조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에서 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 6. 일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관



**제1조(“중환자실”의 정의)**

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “중환자실”이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”(【별표37】(의료기관의 시설규격)참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

**제2조(“입원”의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

**제3조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

**제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 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 보장합니다)
  - 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

**제6조(상해보험계약 후 알릴 의무)**

- ① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
  - 1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경  
가. 현재의 직업 또는 직위가 변경된 경우

- 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
- 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

**【직업】**

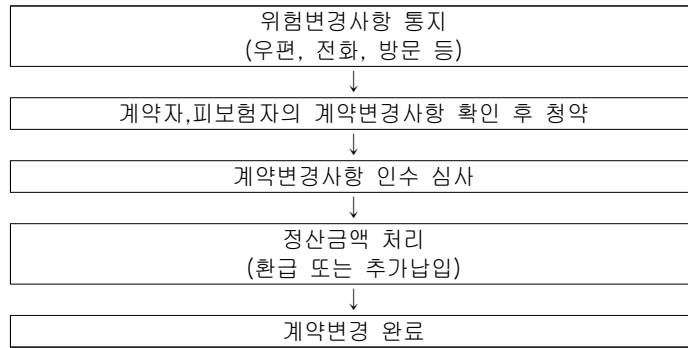
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함  
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

**【직무】**

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우  
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
  3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우  
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
  4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우 포함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

**【위험변경에 따른 계약변경 절차】**



- 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.

**제7조(알릴 의무 위반의 효과)**

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제6조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
  - ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 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 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
  - ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제6조(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 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

### 제8조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제9조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제10조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 7. 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관

### 제1조(“입원”의 정의와 장소)

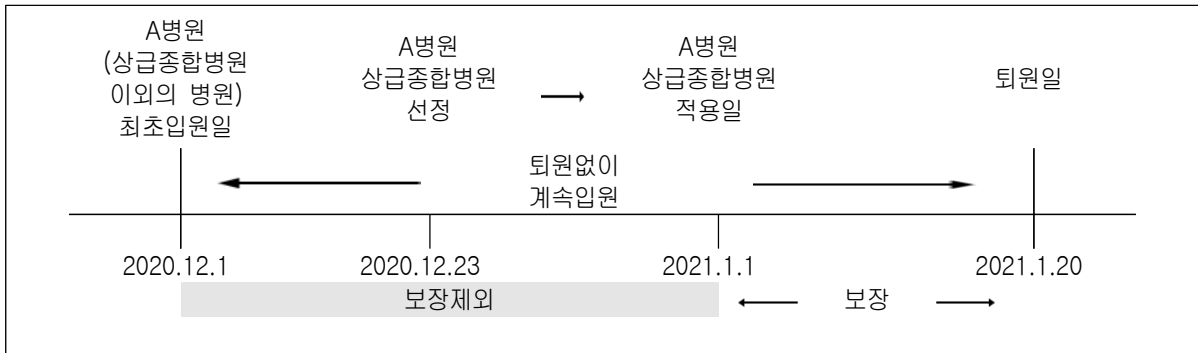
- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

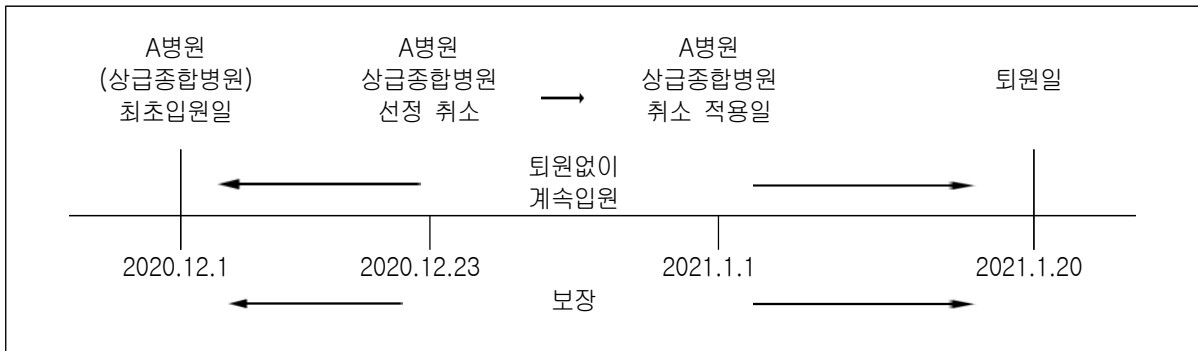
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로서 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 입원비를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 입원비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 입원비를 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 입원비를 지급합니다.



- ⑨ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 경우

- 에는 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 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 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 보장합니다)
  3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

**제5조(상해보험계약 후 알릴 의무)**

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

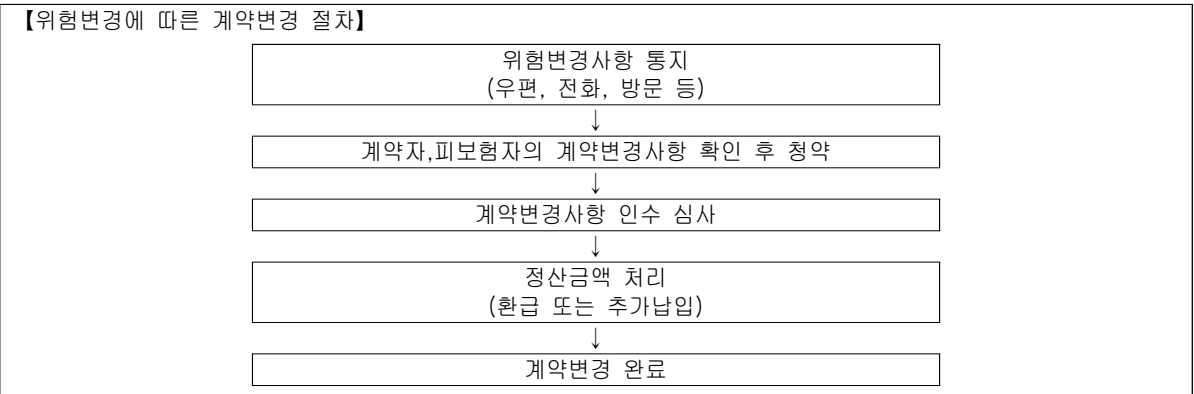
**【직업】**

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. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우  
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
  3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우  
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
  4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(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.

### 제6조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
  - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
  - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  - 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  - 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 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 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제5조(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 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

### 제7조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제8조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 8. 일반상해수술비 특별약관

### 제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 채액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  4. 미용성형 목적의 수술
  5. 피임(避妊) 목적의 수술
  6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

#### 【신의료기술평가위원회】

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

### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 일반상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 일반상해수술비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 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 보험금을 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 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련

을 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 보장합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
  2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
  3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
    - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
    - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
    - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
    - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
  4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
  5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

#### 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
  1. 보험증권 등에 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 신분(예)에 따른 위치나 자리를 말함  
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

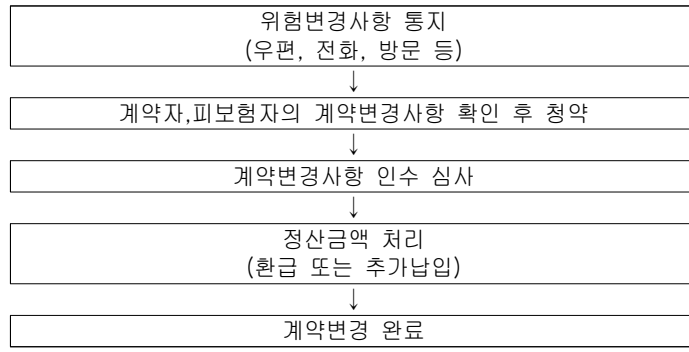
##### 【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우  
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우  
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



**【위험변경에 따른 계약변경 절차】**



- 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.

**제6조(알릴 의무 위반의 효과)**

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
  - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
  - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  - 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  - 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 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 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제5조(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 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

### 제7조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제8조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 9. 일반상해1~5종수술비 특별약관

### 제1조("수술"의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 "1~5종 수술분류표" (【별표38】(1~5종 수술 분류표) 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 수술은 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ③ 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ④ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  4. 미용성형 목적의 수술
  5. 피임(避妊) 목적의 수술
  6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  7. 기타수술 "1~5종 수술분류표"에 해당하지 않는 시술

#### 【신의료기술평가위원회】

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

### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 "1~5종 수술분류표"(【별표38】(1~5종 수술 분류표) 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 일반상해1~5종수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1000만원)

구분	지급금액
1종수술	20만원
2종수술	50만원
3종수술	100만원
4종수술	500만원
5종수술	1000만원

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 일반상해1~5종수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 일반상해1~5종수술비를 지급합니다.
- ② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 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

### 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

#### 【직업】

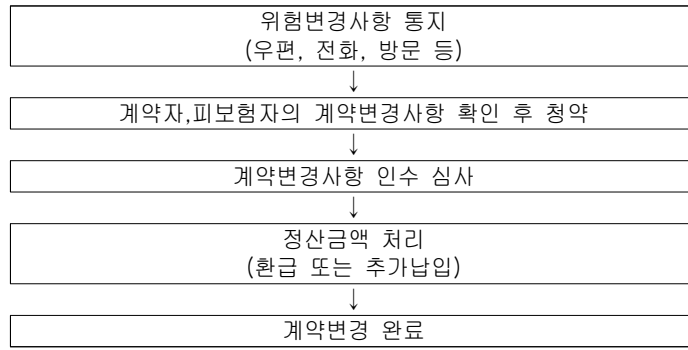
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분(예: 학생, 미취학아동, 무직 등)에 따른 위치나 자리를 말함

#### 【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
    - 예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
  3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
    - 예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
  4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도로 주로 사용하는 경우(한함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

**【위험변경에 따른 계약변경 절차】**



- 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.

**제6조(알릴 의무 위반의 효과)**

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
  - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
  - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  - 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  - 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 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 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제5조(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 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

**제7조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제8조(특약의 소멸)**

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제9조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**【 질병관련 특별약관 】**

**1. 질병사망보험금 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 사망한 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

**제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) “사망”의 원인 및 질병사망보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제3조(특약의 무효)**

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

- 1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 2. 만15세 미만자(실제 만나이를 적용합니다), 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체의 피보험자

가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그 계약을 유효한 것으로 봅니다.

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 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

**【심신상실자】**

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.

**제4조(특약의 소멸)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제5조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**2. 질병80%이상후유장해보험금 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 **【별표1】** (장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 질병80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

**제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 그 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, **【별표1】** (장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) **【별표40】** (기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는

최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

**제3조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제4조(특약의 소멸)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제5조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**3. 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관**

**제1조(“입원”의 정의와 장소)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

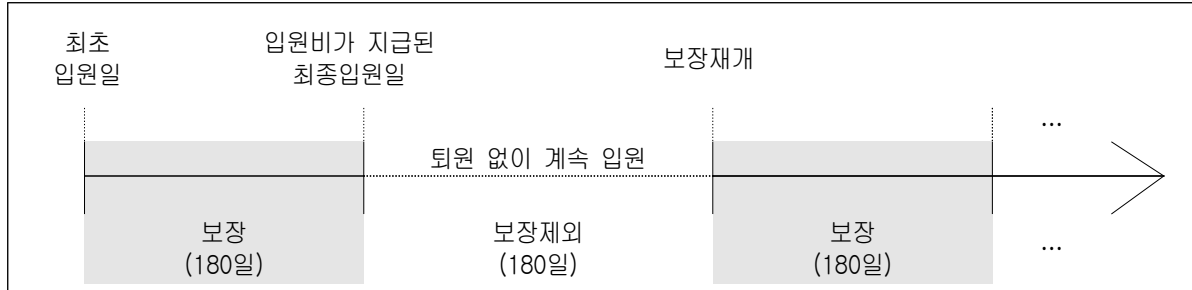
**제2조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 질병입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180

일을 한도로 합니다.

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
  1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
  2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급 사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
  3. 성병
  4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
  1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
  2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
  3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
  4. 정상분만, 치과질환

### 제5조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.



- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제7조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**4. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관**

**제1조(“중환자실”의 정의)**

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “중환자실”이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”(【별표37】) (의료기관의 시설규격) 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

**제2조(“입원”의 정의와 장소)**

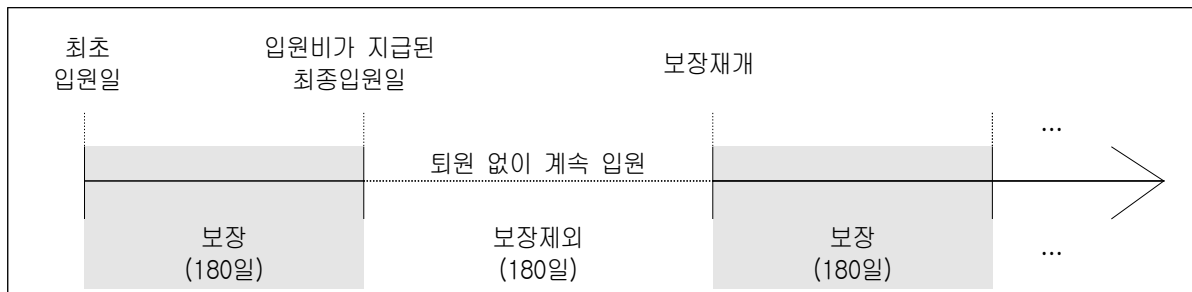
- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

**제3조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 질병중환자실입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

**제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의

계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
  - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
  - 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급 사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
  - 3. 성병
  - 4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
  - 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
  - 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
  - 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
  - 4. 정상분만, 치과질환

#### 제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

#### 제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

#### 제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

### 5. 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관

#### 제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적

으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

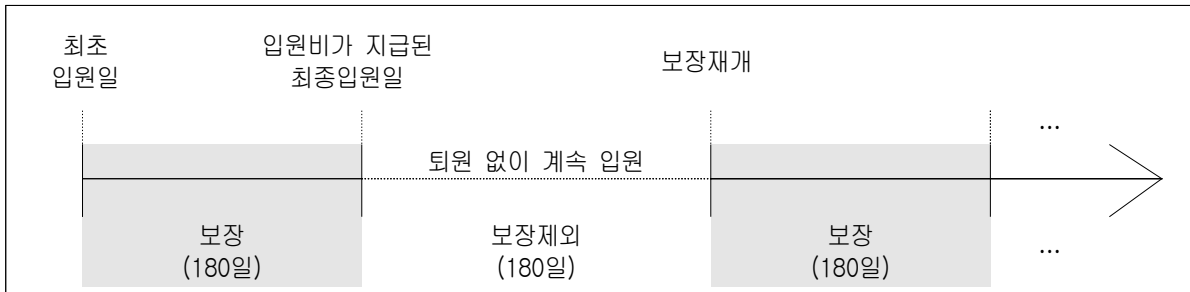
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

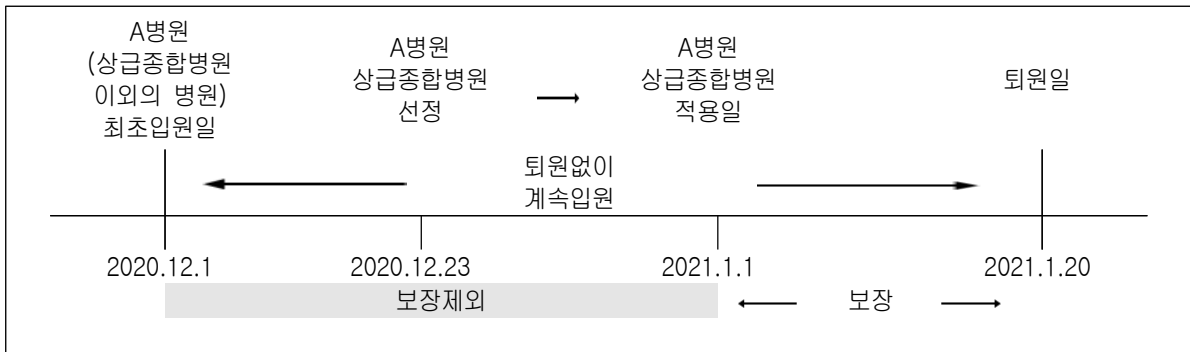
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

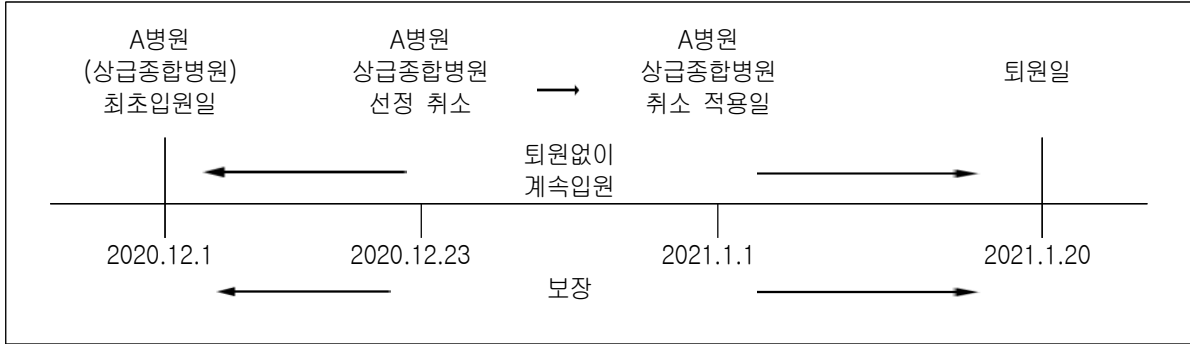
- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 입원비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 입원비를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 입원비를 지급합니다.



- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 입원비를 지급합니다.



⑩ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
  1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
  2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급 사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
  3. 성병
  4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
  1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
  2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
  3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
  4. 정상분만, 치과질환

**제5조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제6조(특약의 소멸)**

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제7조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**6. 질병수술비 특별약관**

**제1조(“수술”의 정의와 장소)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규)참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다..
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  - 4. 미용성형 목적의 수술
  - 5. 피임(避妊) 목적의 수술
  - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  - 7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

**【신의료기술평가위원회】**

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

**제2조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에도 회사는 이 특약의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 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 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
  - 2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
  - 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다.), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
  - 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
  - 5. 비만(E66)

6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
  7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
  8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
  2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
  3. 단순한 피로 또는 권태
  4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비선생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
  5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
  6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
    - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
    - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
    - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
    - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

#### 제5조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

#### 제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

#### 제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 7. 암사망보험금 특별약관

#### 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질

병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 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. 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)**

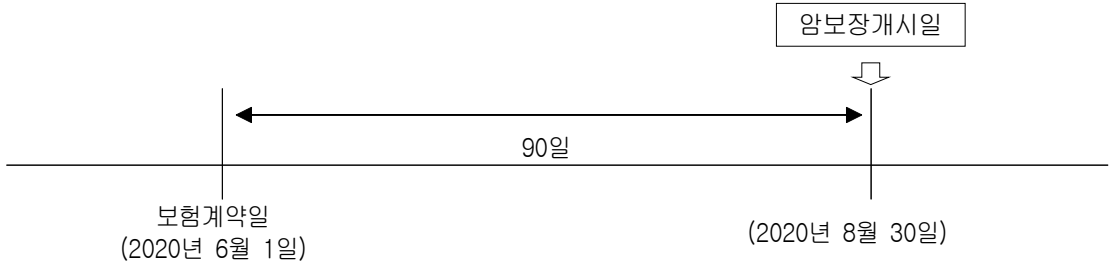
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 직접결과로써 사망하는 경우에 회사는 아래의 금액을 암사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과
“암”으로 사망시	-	보험가입금액의 100%
“기타피부암”, “갑상선암”으로 사망시	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) “사망”의 원인 및 암사망보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 “암”에 대한 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 하며, “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(별표40)(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(특약의 무효)**

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
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.
4. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우

**【심신상실자】**

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.

**【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. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률행위는 취소할 수 있습니다.

**제5조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약



관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

#### 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

#### 제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 8. 암80%이상후유장해보험금 특별약관

#### 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

##### 【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 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. 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.

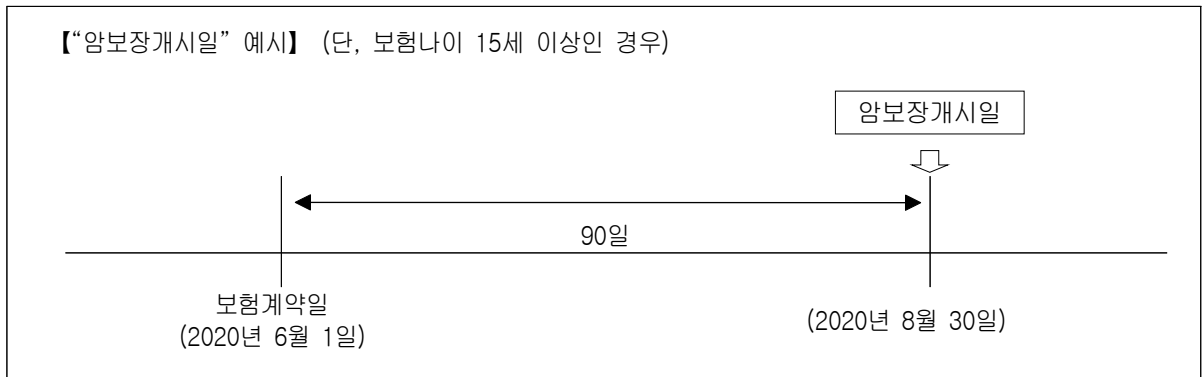
#### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 직접결과로써 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 암80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과
“암”으로 후유장해시	15세미만	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 100%
“기타피부암”, “갑상선암” 으로 후유장해시		보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급 사유)의 “암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



- ② 제2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단 확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 같은 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 다른 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이를 차감하

여 지급합니다.

#### 제4조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

#### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

#### 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

#### 제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

### 9. 암진단비(유사암및특정소액암제외) 특별약관

#### 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암(유사암및특정소액암제외)”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “특정소액암”, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “특정소액암”이라 함은 제3항에서 정한 “유방암 및 남녀생식기 관련 암” 및 제4항에서 정한 “대장점막내암”을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “유방암 및 남녀생식기 관련 암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 따릅니다.


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

또한 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

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

**【대장점막내암 예시】**

상피세포층(epithelium)			
점막고유층 (lamina propria)	①		▲ 기저막(basement membrane)
점막근층 (muscularis mucosa)		②	
점막하층 (submucosa)			

(  : 악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우  
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑤ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑥ “암(유사암및특정소액암제외)”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

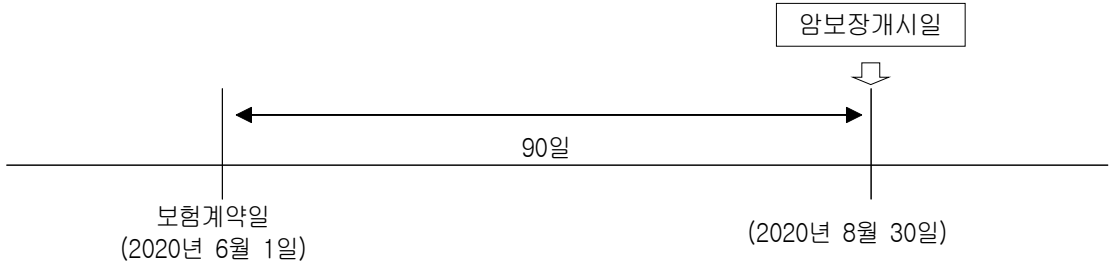
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암및특정소액암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “암(유사암및특정소액암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암(유사암 및특정소액암제외)”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(특약의 무효)**

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

- 1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제5조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적절한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암및특정소액암제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제7조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에

관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 10. 유사암진단비 특별약관

### 제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑥ “유사암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정된 경우에 회사는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 유사암진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회

- 사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
  - ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
    - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
    - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
  - ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**11. 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관**

**제1조(“갑상선암(초기제외)”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “갑상선암(초기제외)”이라 함은 “갑상선암” 중에서 “초기갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 제1항의 “초기갑상선암”이라 함은 다음 각 호 모두에 해당하는 경우를 말합니다.
  - 1. 제2항에서 정한 “갑상선암” 중 유두암(Papillary Cancer) 또는 여포암(Follicular Cancer)에 해당할 것
  - 2. 병리학적으로 암 종양의 크기가 최대 2.0cm이하로서 갑상선 내부에 한정될 것
  - 3. 림프절전이나 원격전이가 없는 갑상선암일 것
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “갑상선암(초기제외)”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선암(초기제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “갑상선암(초기제외)”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암(초기제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“갑상선암(초기제외)” 으로 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

**특별약관**

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 “갑상선암(초기제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“갑상선암(초기제외)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “갑상선암(초기제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 갑상선암(초기제외)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 12. 11대특정암진단비 특별약관

### 제1조(“11대특정암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “11대특정암”이라 함은 【별표5】(11대특정암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② “11대특정암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “11대특정암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

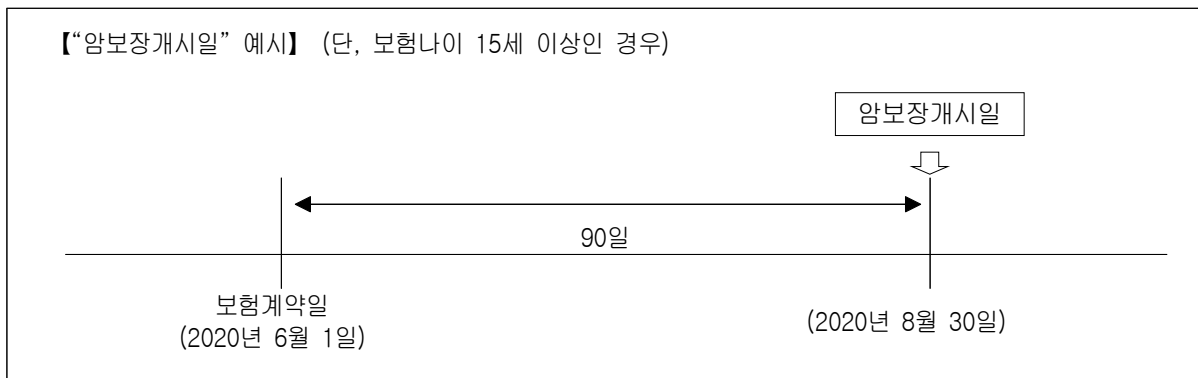
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “11대특정암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 11대특정암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.



구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“11대특정암”으 로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급 사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “11대특정암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 11대특정암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “11대특정암”으로 진단이 확정된 경우는 제외 합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “11대특정암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 11대특정암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“11대특정암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “11대특정암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 11대특정암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제7조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**13. 고액치료비암진단비 특별약관**

**제1조(“고액치료비암”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “고액치료비암”이라 함은 【별표6】(고액치료비암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② “고액치료비암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

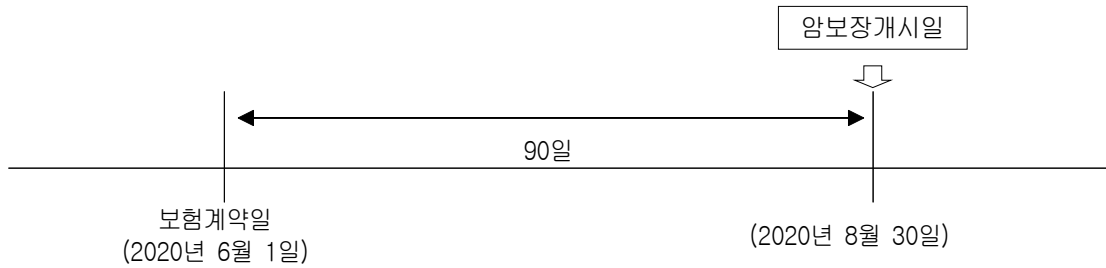
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “고액치료비암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 고액치료비암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“고액치료비암”으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액치료비암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “고액치료비암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(특약의 무효)**

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “고액치료비암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제5조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액치료비암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적절한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“고액치료비암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 고액치료비암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제7조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에

관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 14. 3대특정암진단비 특별약관

### 제1조(“3대특정암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “3대특정암”이라 함은 【별표7】(3대특정암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② “3대특정암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “3대특정암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

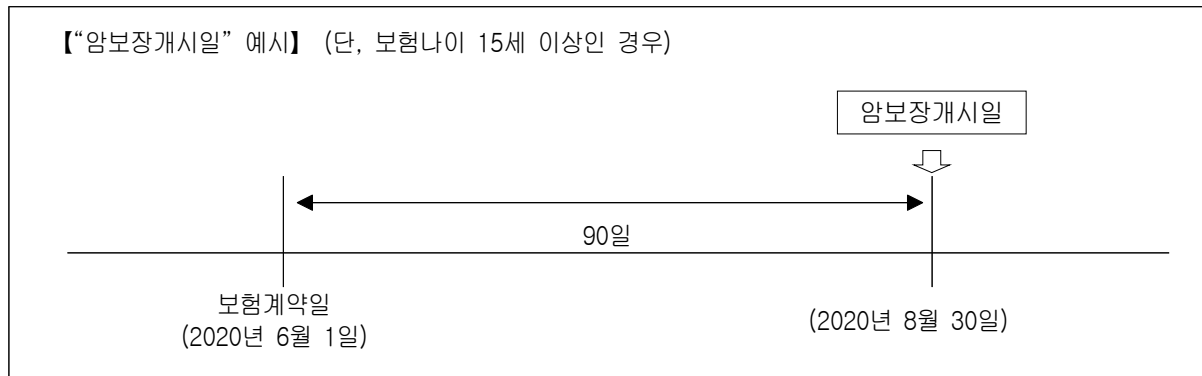
### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “3대특정암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 3대특정암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“3대특정암” 으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “3대특정암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대특정암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “3대특정암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(특약의 무효)**

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “3대특정암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제5조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대특정암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“3대특정암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “3대특정암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 3대특정암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제7조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**15. 남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암진단비 특별약관**

**제1조(“남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암”이라 함은 【별표8】(남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② “남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

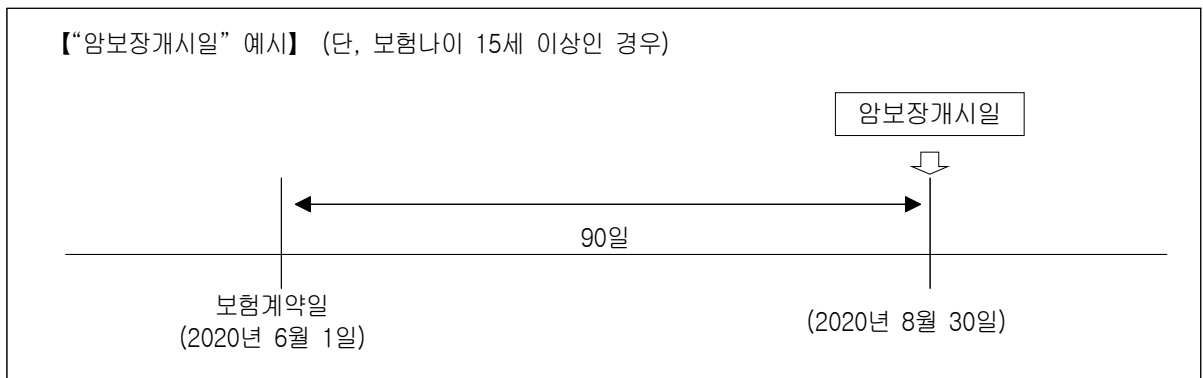
**제2조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“남성생식기 관련(전립선, 음경,고환)암” 으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급 사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하

여 드립니다.

- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제7조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**16. 여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암진단비 특별약관**

**제1조(“여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암”이라 함은 【별표9】(여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② “여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

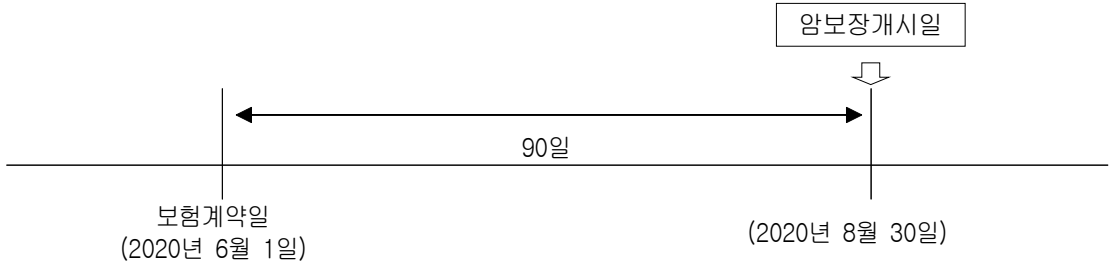
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암”으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(특약의 무효)**

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

- 1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제5조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적합한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제7조(준용규정)**



이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 17. 비뇨기관(신장, 방광, 요관)암진단비 특별약관

### 제1조(“비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”이라 함은 【별표10】(비뇨기관(신장, 방광, 요관)암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② “비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

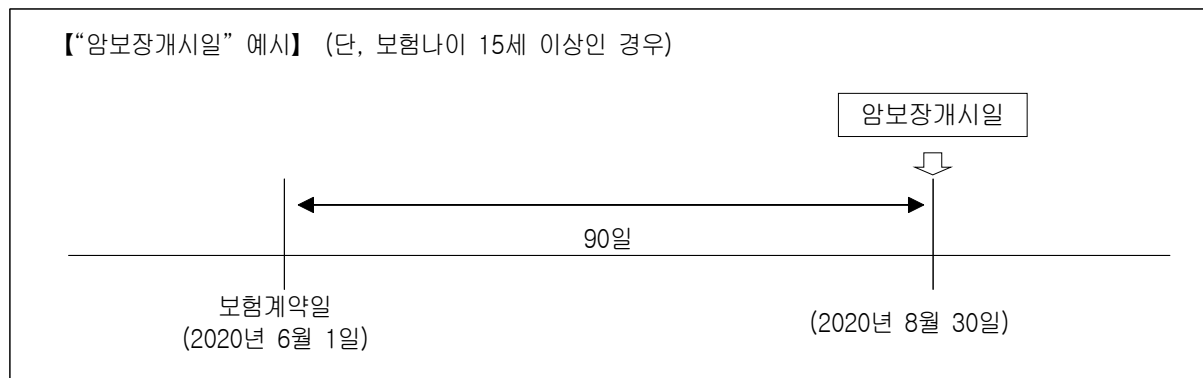
### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 비뇨기관(신장, 방광, 요관)암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 비뇨기관(신장, 방광, 요관)암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제4조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

#### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“비뇨기관(신장,방광,요관)암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

#### 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

#### 제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 18. 위암 및 식도암 진단비 특별약관

#### 제1조(“위암 및 식도암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “위암 및 식도암”이라 함은 【별표11】(위암 및 식도암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② “위암 및 식도암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “위암 및 식도암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

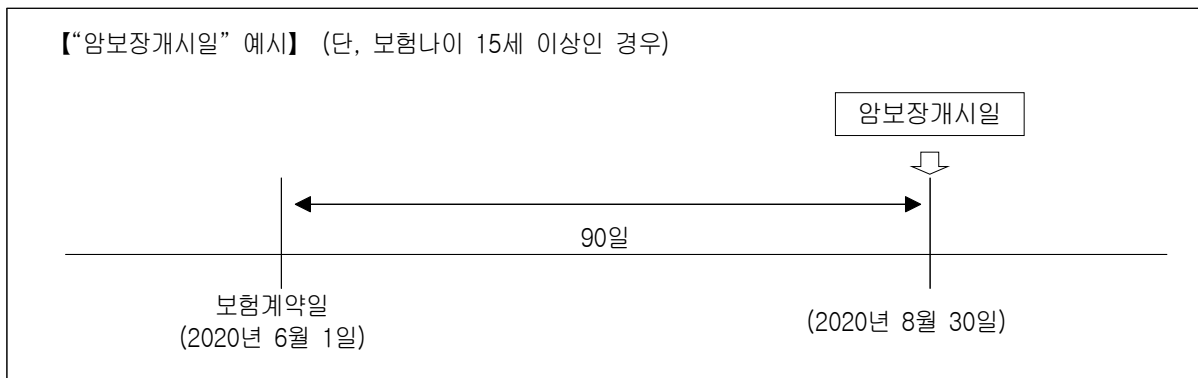
#### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “위암 및 식도암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 위암 및 식도암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“위암 및 식도암”으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “위암 및 식도암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 위암 및 식도암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “위암 및 식도암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “위암 및 식도암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 위암 및 식도암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“위암 및 식도암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “위암 및 식도암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 위암 및 식도암 진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제7조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**19. 소장암·대장암 및 항문암 진단비 특별약관**

**제1조(“소장암·대장암 및 항문암”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “소장암·대장암 및 항문암”이라 함은 【별표12】(소장암·대장암 및 항문암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② “소장암·대장암 및 항문암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “소장암·대장암 및 항문암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

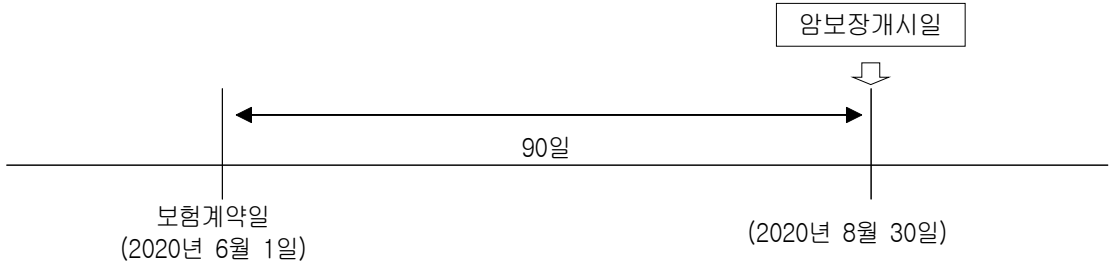
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “소장암·대장암 및 항문암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 소장암·대장암 및 항문암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“소장암·대장암 및 항문암” 으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “소장암·대장암 및 항문암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소장암·대장암 및 항문암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “소장암·대장암 및 항문암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) 【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(특약의 무효)**

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

- 1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “소장암·대장암 및 항문암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제5조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소장암·대장암 및 항문암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적절한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“소장암·대장암 및 항문암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “소장암·대장암 및 항문암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 소장암·대장암 및 항문암 진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제7조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에

관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 20. 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비 특별약관

### 제1조(“간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”이라 함은 【별표13】(간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

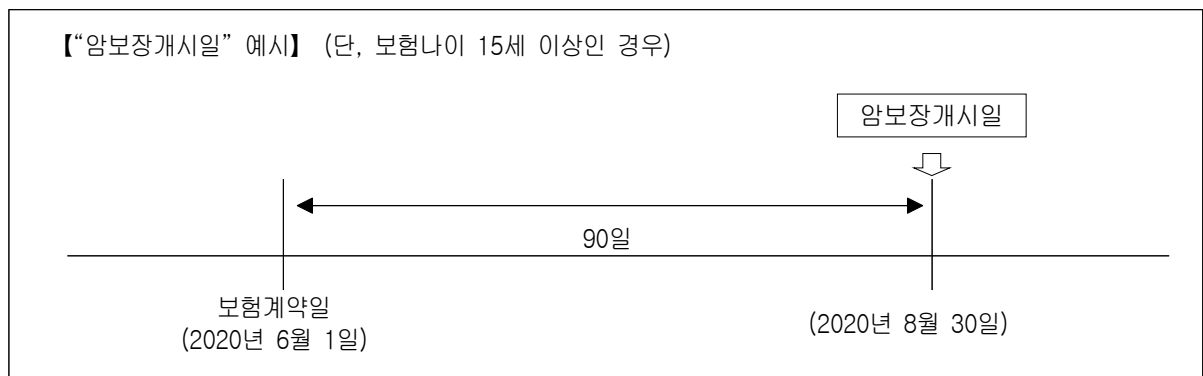
### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“간암·담낭암·기 타담도암 및 췌장암”으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(특약의 무효)**

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제5조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적절한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제7조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**21. 심장암 및 뇌암 진단비 특별약관**

**제1조(“심장암 및 뇌암”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “심장암 및 뇌암”이라 함은 【별표14】(심장암 및 뇌암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② “심장암 및 뇌암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “심장암 및 뇌암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

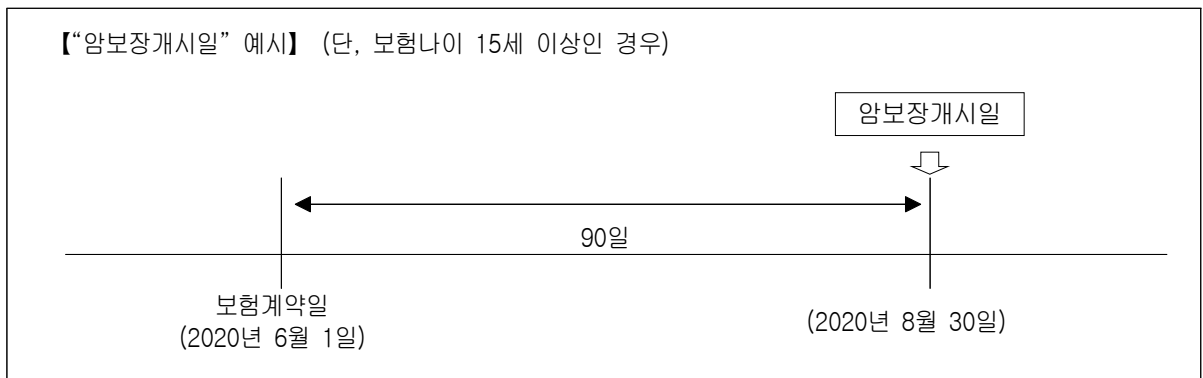
**제2조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “심장암 및 뇌암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장암 및 뇌암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“심장암 및 뇌암”으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급 사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “심장암 및 뇌암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장암 및 뇌암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “심장암 및 뇌암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “심장암 및 뇌암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장암 및 뇌암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“심장암 및 뇌암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “심장암 및 뇌암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심장암 및 뇌암 진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.



- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제7조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**22. 호흡기암진단비 특별약관**

**제1조(“호흡기암”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “호흡기암”이라 함은 【별표15】(호흡기암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② “호흡기암”의 진단확정은 병리와 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “호흡기암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

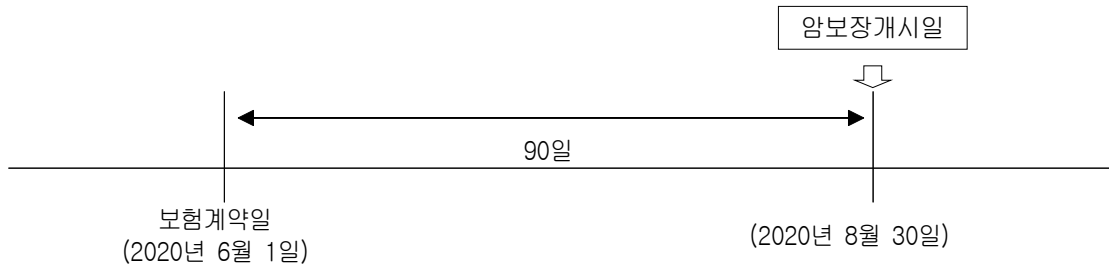
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “호흡기암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 호흡기암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“호흡기암”으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “호흡기암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 호흡기암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “호흡기암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(특약의 무효)**

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “호흡기암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제5조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 호흡기암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적절한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“호흡기암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “호흡기암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 호흡기암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제7조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 23. 림프종 및 백혈병 관련암 진단비 특별약관

### 제1조(“림프종 및 백혈병 관련암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “림프종 및 백혈병 관련암”이라 함은 【별표16】(림프종 및 백혈병 관련암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② “림프종 및 백혈병 관련암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “림프종 및 백혈병 관련암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

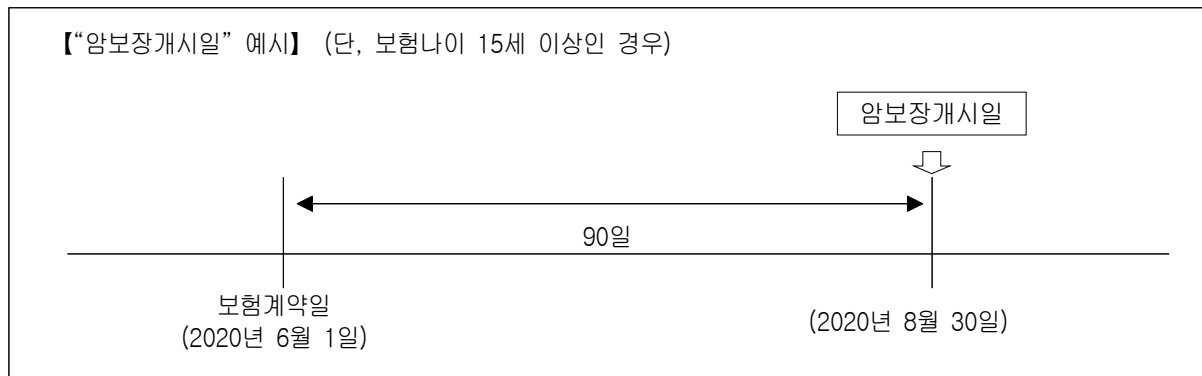
### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “림프종 및 백혈병 관련암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 림프종 및 백혈병 관련암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“림프종 및 백혈병 관련암” 으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “림프종 및 백혈병 관련암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프종 및 백혈병 관련암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “림프종 및 백혈병 관련암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만,

회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “림프종 및 백혈병 관련암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프종 및 백혈병 관련암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“림프종 및 백혈병 관련암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “림프종 및 백혈병 관련암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 림프종 및 백혈병 관련암 진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

### 제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 24. 계속받는암진단비 특별약관

### 제1조(“첫번째암” 및 “재진단암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”, “첫번째암” 및 “재진단암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 다음을 제외한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

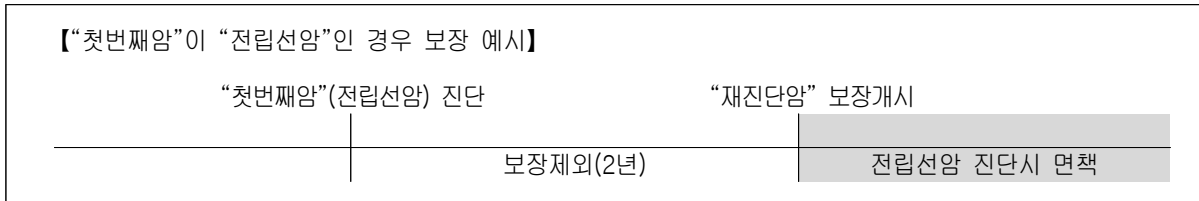
【“암”, “첫번째암” 및 “재진단암”에서 제외되는 악성신생물】

“암” 및 “첫번째암”에서 제외되는 악성신생물(암)	“재진단암”에서 제외되는 악성신생물(암)
C44(기타 피부의 악성신생물(암)) C73(갑상선의 악성신생물(암))	C44(기타 피부의 악성신생물(암)) C73(갑상선의 악성신생물(암)) C61(전립선의 악성신생물(암))

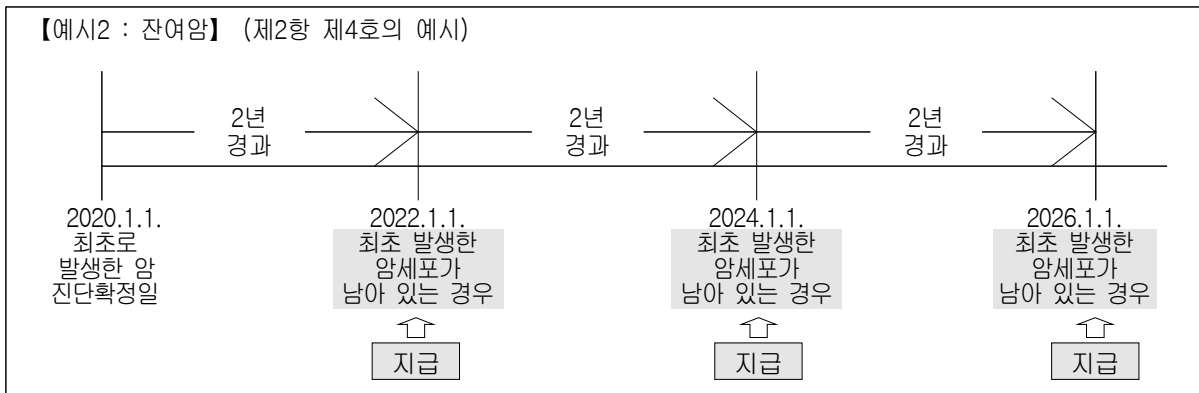
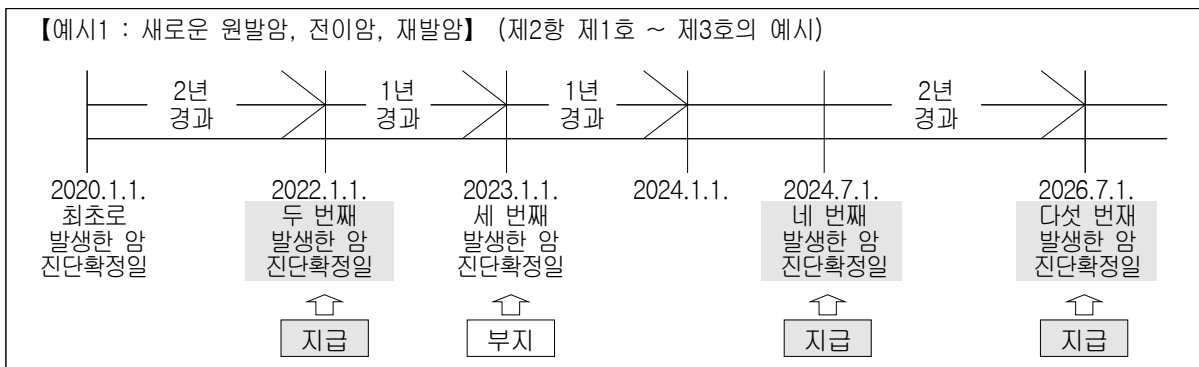
- ② 이 특약에서 “재진단암”은 다음 각 호의 “암”을 말합니다.
  1. 새로운 원발암
  2. 전이암
  3. 재발암
  4. 잔여암
- ③ 제2항에서 “새로운 원발암”이라 함은 원발부위에 발생한 “암”으로 “첫번째암” 또는 “재진단암”과 다른 조

직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 "암"을 말합니다.

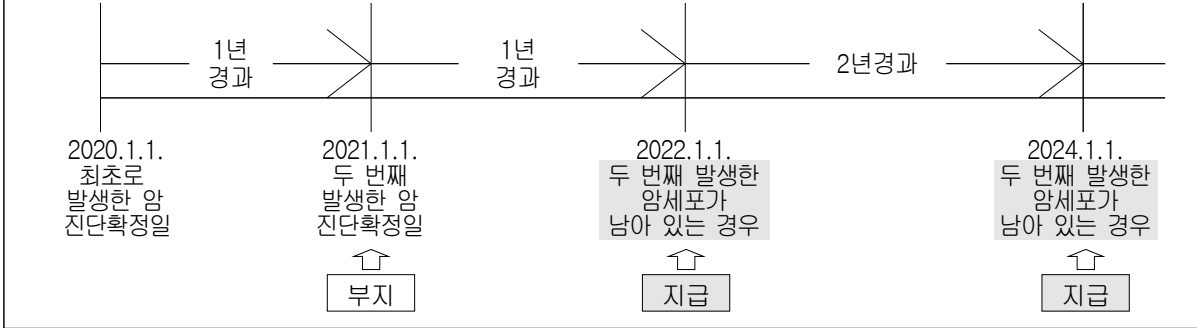
- ④ 제2항에서 "전이암"이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암"을 말합니다.
- ⑤ 제2항에서 "재발암"이란 "첫번째암" 또는 "재진단암"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 "암"으로서 치료를 통해 몸에서 "첫번째암" 또는 "재진단암"의 암세포를 제거한 후 그 "첫번째암" 또는 "재진단암"으로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.
- ⑥ 제2항에서 "잔여암"이란 "첫번째암" 또는 "재진단암"에 대한 보장개시일 이후 발생한 암진단부위에 암세포가 남아있는 경우를 말합니다.
- ⑦ 제4항 내지 제6항의 규정에도 불구하고, "첫번째암"이 "전립선암"(C61(전립선의 악성신생물(암)))인 경우, "재진단암보장개시일" 이후 「재진단암」의 보장은 개시하되, "전립선암"에 대한 계속받는암진단비는 지급하지 않습니다.



- ⑧ "첫번째암"의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "첫번째암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑨ "재진단암"의 진단확정은 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. 그러나 상기의 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "재진단암"으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료 시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.



【예시3 : 잔여암】 (제2항 제4호의 예시)



**제2조 (“수술”의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규)참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  - 4. 미용성형 목적의 수술
  - 5. 피임(避妊) 목적의 수술
  - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  - 7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)
  - 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”
- ⑤ 제4항 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

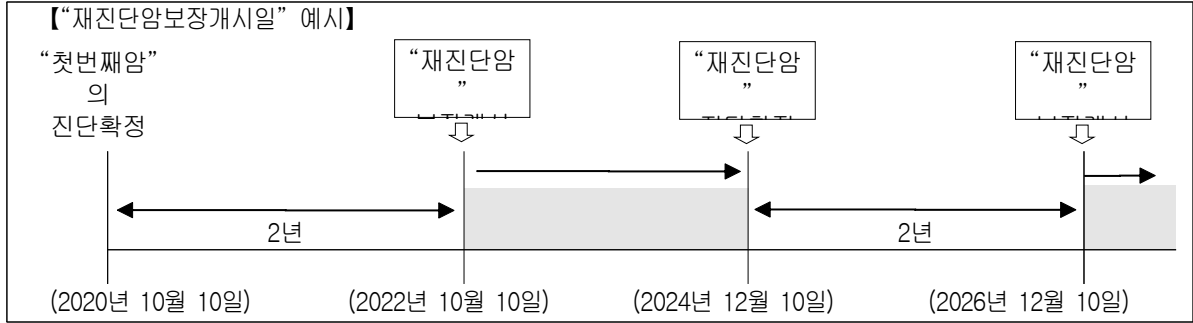
【신의료기술평가위원회】  
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제3조(보험금의 지급사유)**

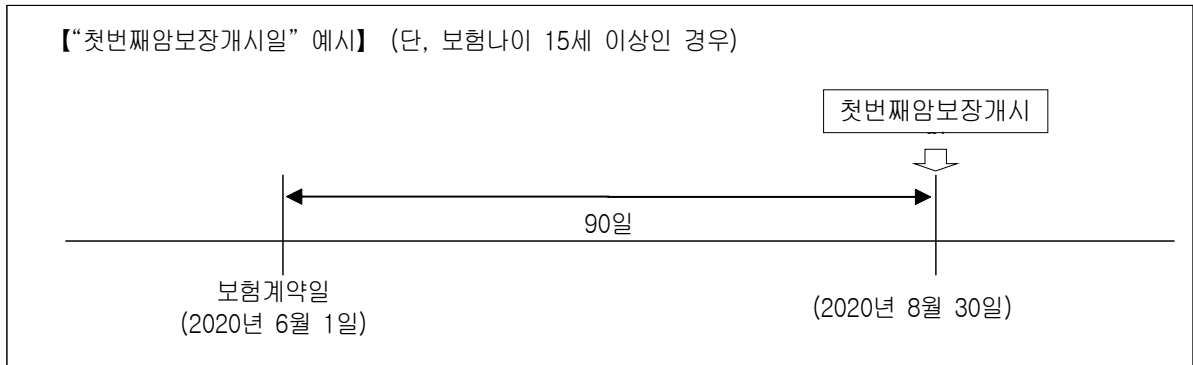
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “재진단암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 계속받는암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

**제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 “재진단암”의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.(이하 “재진단암보장개시일”이라 합니다)
  - 1. 첫 번째 “재진단암” : “첫번째암보장개시일” 이후에 최초로 발생한 “첫번째암” 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
  - 2. 두 번째 이후 “재진단암” : 직전 “재진단암” 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날



② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1항 제1호의 “첫번째암보장개시일”은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.



- ③ 피보험자가 “재진단암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “재진단암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 계속받는암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “재진단암보장개시일” 전일 이전에 “재진단암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 이내에 제1조(“첫번째암” 및 “재진단암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “재진단암”으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제6조(특약의 무효)**

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “첫번째암보장개시일” 전일 이전에 “첫번째암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제7조(특약의 소멸)**

① 이 특약의 보험기간 중에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

1. “첫번째암”이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
2. “재진단암”으로 진단확정되어 계속받는암진단비가 지급되고, 보험기간 종료일까지 잔여 보험기간이 진

단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("첫번째암" 및 "재진단암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "재진단암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 계속받는암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

#### 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.
  1. 이 특약이 해지되기 전에 "첫번째암"으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특약의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항을 다시 적용합니다.
  2. 이 특약이 해지되기 전에 "첫번째암" 또는 "재진단암"으로 진단 확정된 경우 : 이 특약의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항을 적용합니다.

#### 제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

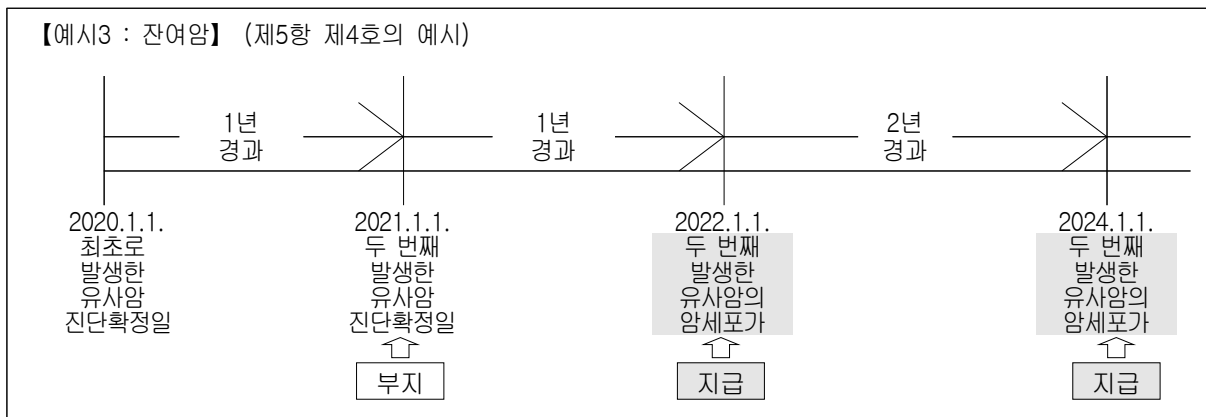
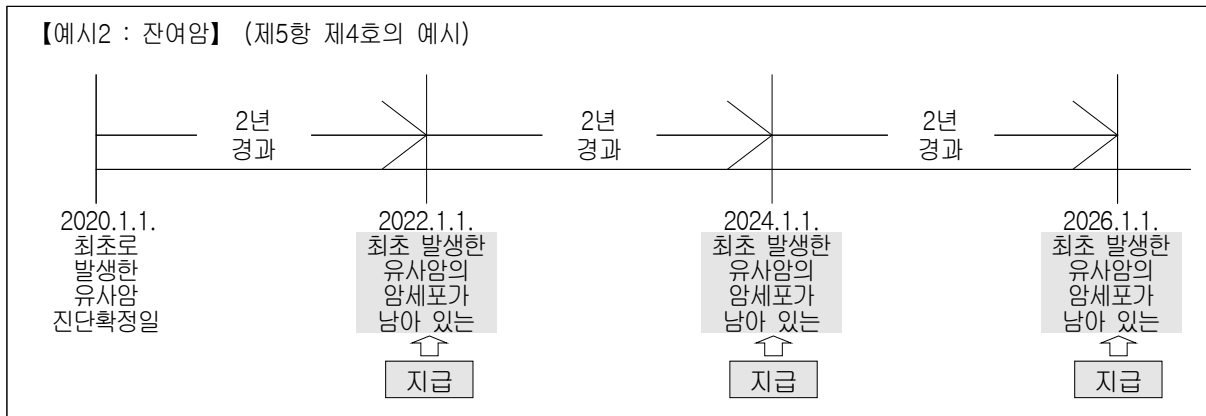
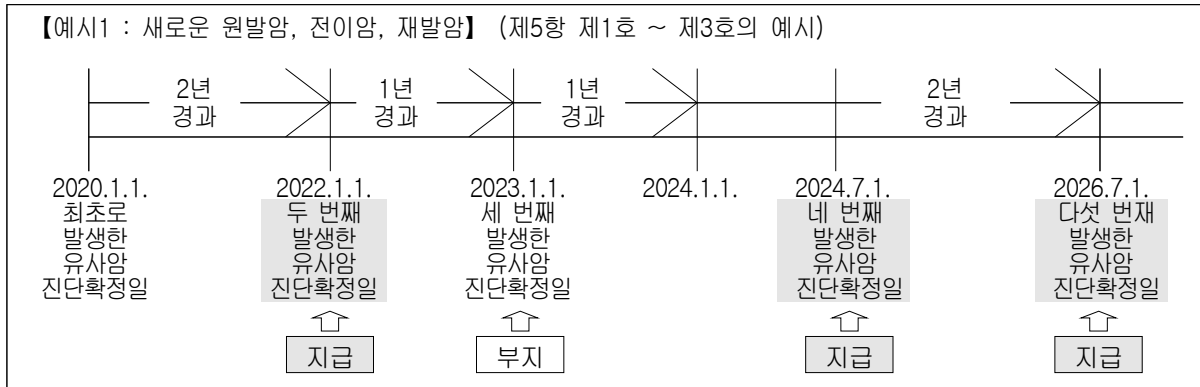
### 25. 계속받는유사암진단비(기타피부암,갑상선암,전립선암) 특별약관

#### 제1조("첫번째유사암" 및 "재진단유사암" 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에서 "유사암", "첫번째유사암" 및 "재진단유사암"이라 함은 "기타 피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C61(전립선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 "재진단유사암"은 다음 각 호의 "유사암"을 말합니다.
  1. 새로운 원발암
  2. 전이암
  3. 재발암
  4. 잔여암
- ⑥ 제5항에서 "새로운 원발암"이라 함은 원발부위에 발생한 "유사암"으로 "첫번째유사암" 또는 "재진단유사암"과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 "유사암"을 말합니다.
- ⑦ 제5항에서 "전이암"이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "유사암"을 말합니다.
- ⑧ 제5항에서 "재발암"이란 "첫번째유사암" 또는 "재진단유사암"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 "유사암"으로서 치료를 통해 몸에서 "첫번째암" 또는 "재진단암"의 암세포를 제거한 후 그 "첫번째암" 또는 "재진단암"으로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "유사암"을 말합니다.
- ⑨ 제5항에서 "잔여암"이란 "첫번째암" 또는 "재진단암"에 대한 보장개시일 이후 발생한 암진단부위에 암세포가 남아있는 경우를 말합니다.



- ⑩ “첫번째유사암”의 진단확정은 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. 그러나 상기의 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “첫번째유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑪ “재진단유사암”의 진단확정은 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. 그러나 상기의 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단유사암”으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 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.



**제2조 (“수술”의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기

- 구를 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
  - ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규)참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
  - ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
    1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
    2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
    3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
    4. 미용성형 목적의 수술
    5. 피임(避妊) 목적의 수술
    6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
    7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)
    8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”
  - ⑤ 제4항 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
  - ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

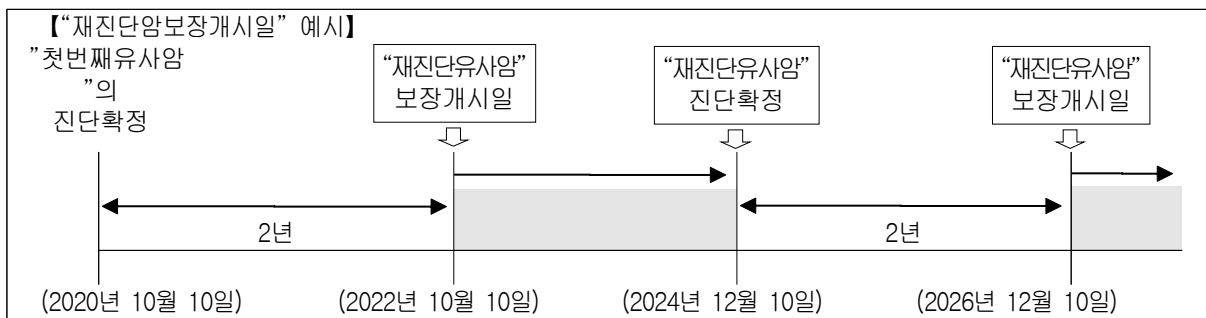
**【신의료기술평가위원회】**  
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기관을 말합니다.

### 제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “재진단유사암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 계속받는유사암진단비(기타피부암,갑상선암,전립선암)로 보험수익자에게 지급합니다.

### 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 “재진단유사암”의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.(이하 “재진단유사암 보장개시일”이라 합니다)
  1. 첫 번째 “재진단유사암” : “첫번째유사암보장개시일” 이후에 최초로 발생한 “첫번째유사암” 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
  2. 두 번째 이후 “재진단유사암” : 직전 “재진단유사암” 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날



- ② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1항 제1호의 “첫번째유사암보장개시일”은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 “첫번째유사암보장개시일”은 보험계약일입니다.

【“전립선암”에 대한 “첫번째암보장개시일” 예시】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



- ③ 피보험자가 “재진단유사암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “재진단유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 계속받는유사암진단비(기타피부암,갑상선암,전립선암)를 지급하여 드립니다. 다만, “재진단유사암보장개시일” 전일 이전에 “재진단유사암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 이내에 제1조(“첫번째유사암” 및 “재진단유사암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “재진단유사암”으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제6조(특약의 무효)**

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

- 1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 “첫번째유사암보장개시일” 전일 이전에 “첫번째유사암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제7조(특약의 소멸)**

- ① 이 특약의 보험기간 중에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
  - 1. “첫번째유사암”이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신계약의 만기일)까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
  - 2. “재진단유사암”으로 진단확정되어 계속받는유사암진단비(기타피부암,갑상선암,전립선암)가 지급되고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종갱신계약의 만기일)까지 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“첫번째유사암” 및 “재진단유사암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “재진단유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 계속받는유사암진단비(기타피부암,갑상선암,전립선암)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.
  - 1. 이 특약이 해지되기 전에 "첫번째유사암"으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특약의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 및 제3항을 다시 적용합니다.
  - 2. 이 특약이 해지되기 전에 "첫번째유사암" 또는 "재진단유사암"으로 진단 확정된 경우 : 이 특약의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항을 적용합니다.

**제9조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**26. 암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)(갱신형) 특별약관**

**제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

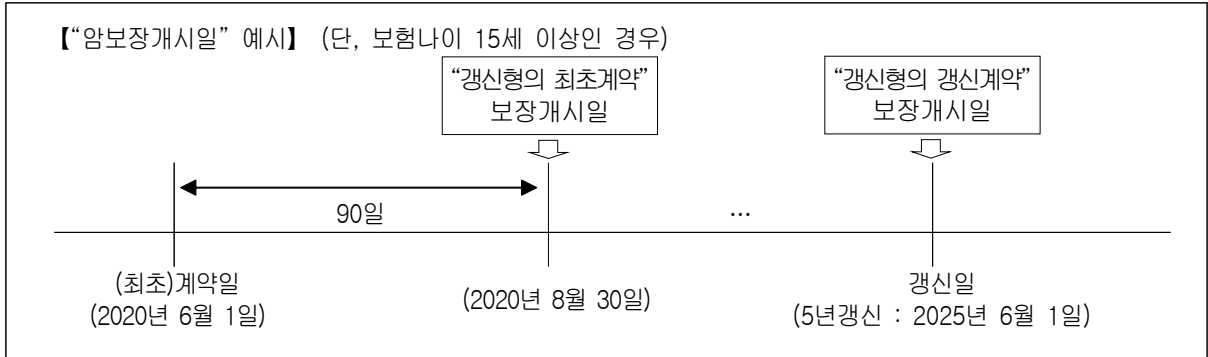
**제2조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“암”으로 진단확정시	15세미만	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급 사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 다만, 제7조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 계약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(특약의 무효)**

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제5조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적절한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장

개시일”을 적용합니다.

### 제7조(특약의 자동갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제5조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

### 제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 26-1. 가사도우미지원 프로그램 특별약관

### 제1조(「가사도우미지원 프로그램」의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 「가사도우미지원 프로그램」이라 함은 ‘암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)(갱신형) 특별약관’에서 정한 보장개시일 이후 “암”으로 진단 확정된 경우 보험수익자에게 보험회사가 지급하여야 할 암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)를 대신하여 【별표17】(「가사도우미지원 프로그램」 세부내용)에서 정한 프로그램을 제후회사가 직접 피보험자에게 제공하는 것을 말합니다.(이하 ‘암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)(갱신형) 특별약관’은 ‘보장특약’이라 합니다.)

#### 【가사도우미지원 프로그램】

주방, 욕실, 바닥, 먼지제거, 쓰레기 배출, 세탁 등으로 구성됩니다.  
(【별표17】(「가사도우미지원 프로그램」 세부내용) 참조)

- ② 제1항에서 제후회사라 함은 회사와 「가사도우미지원 프로그램」에 대한 업무협약을 체결하고, 가사도우미지원 프로그램의 제공의무를 지는 자를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “암”이라 함은 보장특약 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정의한 “암”을 말합니다.

### 제2조(「가사도우미지원 프로그램」의 구성 및 제공)

- ① 회사는 피보험자가 특약의 보험기간 중에 해당 보장특약에서 정한 보장개시일 이후 “암”으로 진단 확정된 경우 「가사도우미지원 프로그램」을 제후회사를 통해 피보험자에게 제공합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 현금으로 지급받기를 원하거나, 회사가 부득이한 이유로 「가사도우미지원 프로그램」을 제공할 수 없는 경우 회사는 보장특약에서 정한 보험금을 지급하고 「가사도우미지원 프로그램」을 제공하지 않습니다.
- ③ 제1항의 「가사도우미지원 프로그램」은 4시간을 기준으로 하며, 피보험자의 사정으로 4시간미만으로 사용한 경우에도 4시간을 사용한 것으로 간주하며, 이때 가사도우미를 사용하지 않은 시간에 대한 가사도우미지원프로그램의 상당액은 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 제1항에서 정한 가사도우미지원프로그램 이외의 추가 프로그램을 이용하거나 제후회사가 제공하기로 한 프로그램 지원 횟수를 초과하여 이용한 경우 해당 프로그램 비용은 제후회사에 별도로 부담하여야 합니다.
- ⑤ 제1항의 「가사도우미지원 프로그램」 세부내용은 생활환경 변화 등을 고려하여 다른 프로그램으로 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경 내용을 계약자에게 안내합니다.
- ⑥ 피보험자가 「가사도우미지원 프로그램」을 이용할 수 없거나 「가사도우미지원 프로그램」의 일부 프로그램을 이용하고 중지를 신청한 경우 제후회사는 보험금에서 그 때까지 이용한 프로그램 비용을 차감하여 지급합니다. 이 경우 프로그램 비용은 회사와 제후회사간 업무협약을 맺은 환불가격에 따릅니다.

### 제3조(특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특약은 보장특약이 포함된 계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 갱신계약의 보험료는 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」 제6조(갱신보험료) 이외에도 향후 물가상승 및 생활환경의 변화 등으로 제후사와 업무협약을 맺은 가격이 변동 등의 사유로 인하여 인상 될 수 있습니다.
- ③ 제후회사가 【별표17】(「가사도우미지원 프로그램」 세부내용)에서 정한 「가사도우미지원 프로그램」을 전부 제공한 경우 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- ④ 제2항 이외에 이 특약이 부가된 계약 또는 보장특약이 해지, 무효, 기타 사유에 의하여 효력이 없어진 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.

**제4조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보장특약을 따릅니다.

**27. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관**

**제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 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. 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(“제자리암”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제4조(“암의 직접적인 치료”의 정의)**

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시

에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
  - 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
  - 2. 면역력 강화 치료
  - 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
  - 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
  - 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
  - 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
  - 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

**【신의료기술평가위원회】**

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

**제5조(“입원”의 정의와 장소)**

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제6조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 1일이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하였을 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원비(요양병원 제외)(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

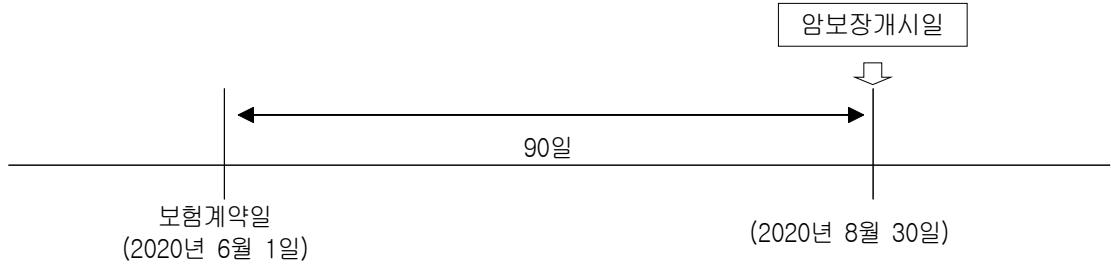
구분		지급금액	
		보험계약일로부터 90일 이내 입원시	보험계약일로부터 90일 초과 입원시
“암”으로 입원시 (입원 1일당)	15세미만	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 100%
“기타피부암”, “갑상선암” “제자리암”, “경계성종양” 으로 입원시 (입원 1일당)		보험가입금액의 20%	보험가입금액의 20%

**제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

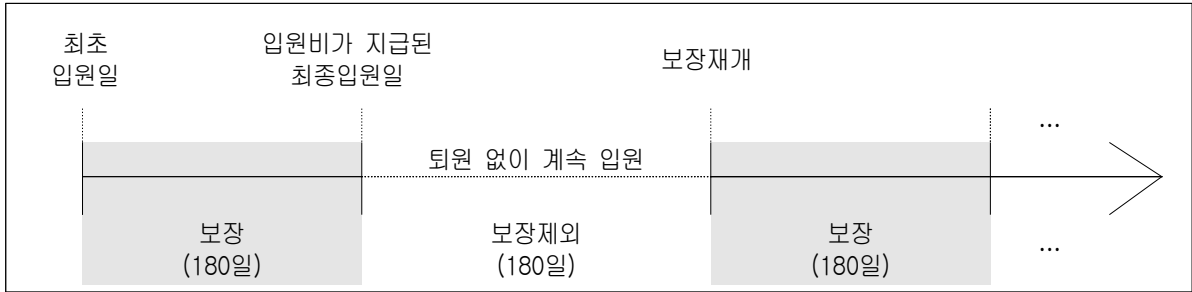
- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 “암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 보험계약일입니다.



【“암보장개시일” 예시】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



- ② 피보험자가 “암 등의 질병”의 직접 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제2항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ⑤ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 입원비를 지급하며 입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 입원비를 지급합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제8조(특약의 무효)**

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

- 1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제9조(특약의 소멸)**

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회

- 사가 적용한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
    1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
    2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
  - ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제11조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**28. 요양병원암입원비(1일이상90일한도) 특별약관**

**제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 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. 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(“제자리암”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제4조(“입원”의 정의와 장소)**

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

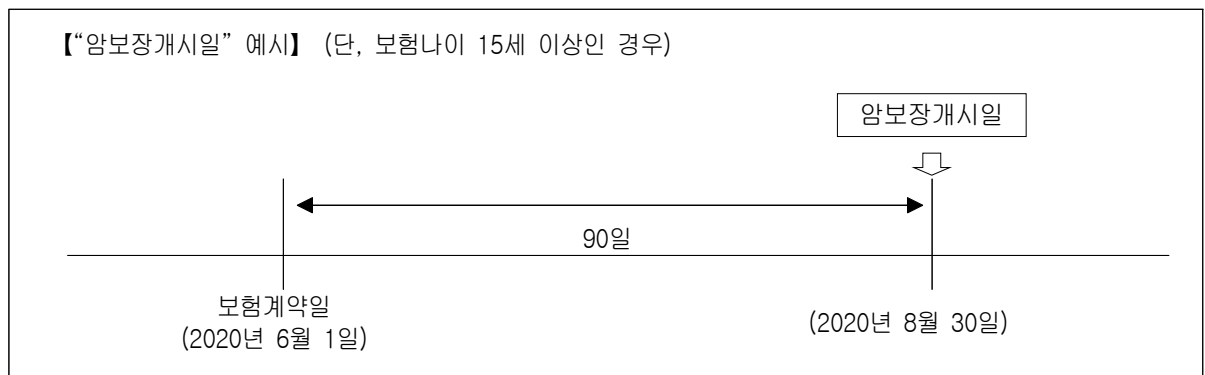
**제5조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 요양병원암입원비(1일이상90일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 90일 이내 입원시	보험계약일로부터 90일 초과 입원시
“암”으로 입원시 (입원 1일당)	15세미만	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 100%
“기타피부암”, “갑상선암” “제자리암”, “경계성종양” 으로 입원시 (입원 1일당)		보험가입금액의 20%	보험가입금액의 20%

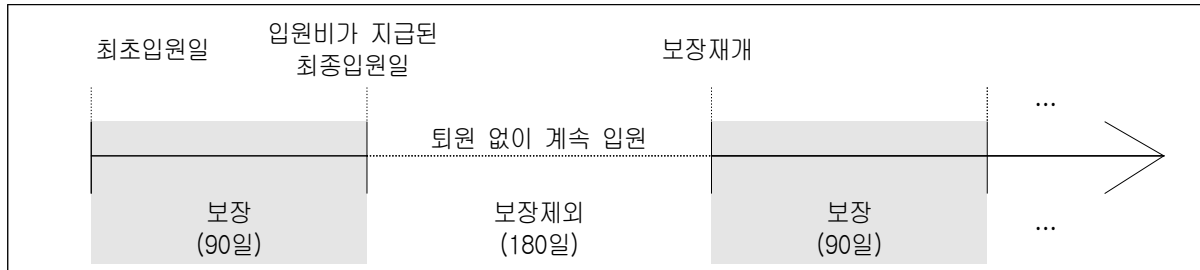
**제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제5조(보험금의 지급사유)의 “암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 보험계약일입니다.



- ② 피보험자가 “암 등의 질병”으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 입원비의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 입원비는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.
- ⑤ 제2항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”으로 인하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.



- ⑥ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 90일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병으로 인하여 입원한 경우에는 가장 높은 입원비를 지급하며 입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 입원비를 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) 【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제7조(특약의 무효)**

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제8조(특약의 소멸)**

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.

- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제10조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**29. 상급종합병원암직접치료입원비(1일이상180일한도) 특별약관**

**제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 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. 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(“제자리암”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제4조(“암의 직접적인 치료”의 정의)**

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과

유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
  - 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
  - 2. 면역력 강화 치료
  - 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
  - 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
  - 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
  - 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
  - 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

**【신의료기술평가위원회】**

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

**제5조(“입원”의 정의와 장소)**

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제6조(보험금의 지급사유)**

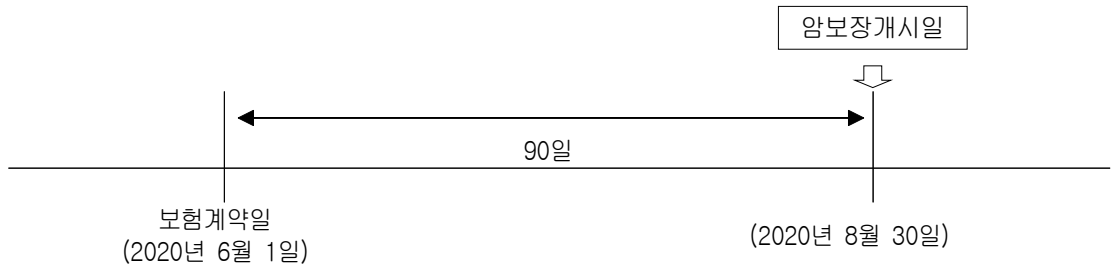
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하였을 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 상급종합병원암직접치료입원비(1일 이상 180일 한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 90일 이내 입원시	보험계약일로부터 90일 초과 입원시
“암”으로 입원시 (입원 1일당)	15세미만	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 100%
“기타피부암”, “갑상선암” “제자리암”, “경계성종양” 으로 입원시 (입원 1일당)		보험가입금액의 20%	보험가입금액의 20%

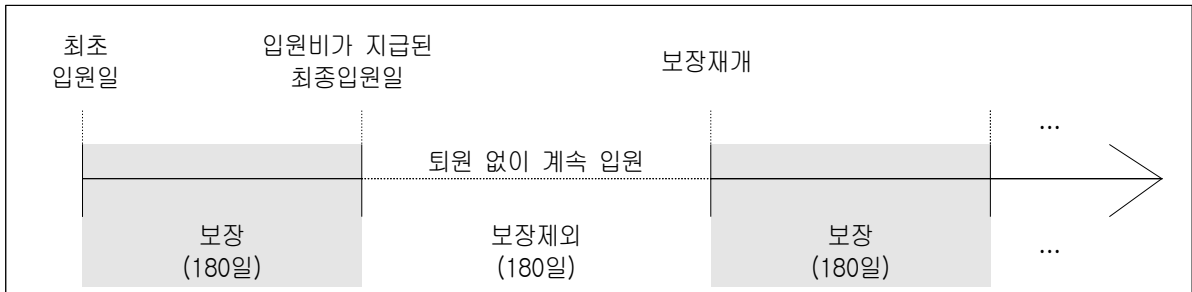
**제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 “암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 보험계약일입니다.

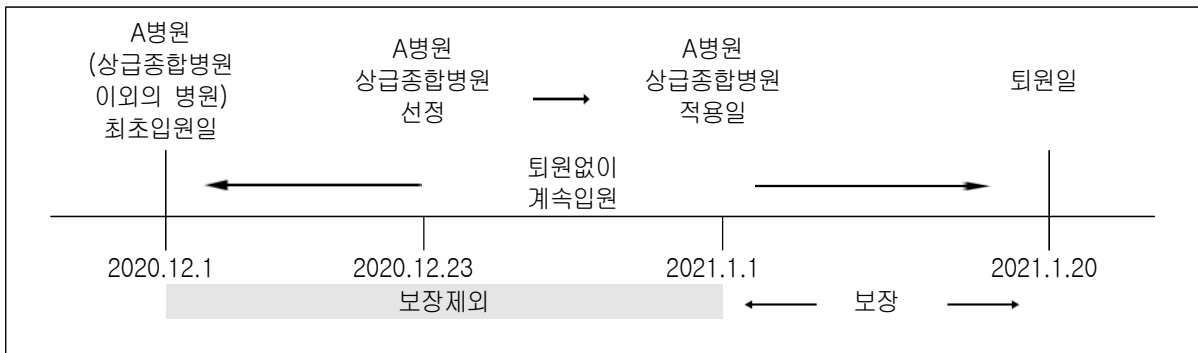
【“암보장개시일” 예시】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



- ② 피보험자가 “암 등의 질병”의 직접 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

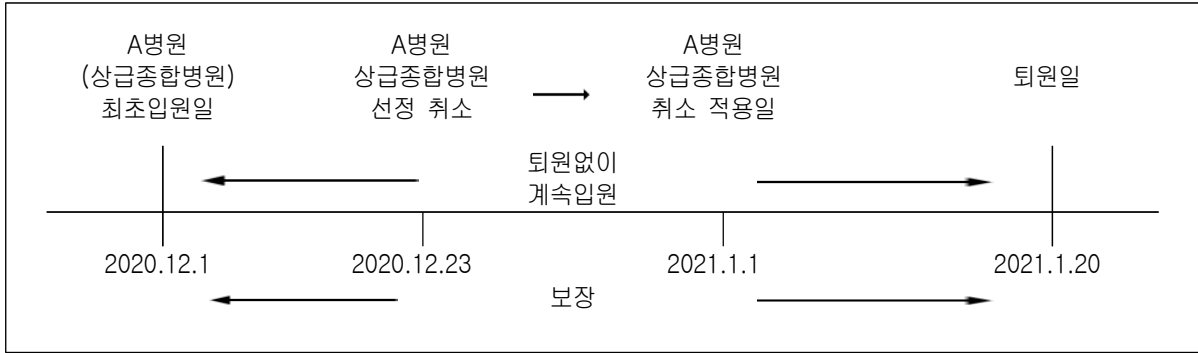


- ④ 제2항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ⑤ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 입원비를 지급하며 입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 입원비를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 입원비를 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 입원비를 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 입원비를 지급합니다.



- ⑪ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 최

초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 입원비를 지급합니다.



⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제8조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

### 제9조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

### 제11조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 30. 암수술비(유사암제외) 특별약관

### 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는



제외합니다.

- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성 신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(“수술”의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규)참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  - 4. 미용성형 목적의 수술
  - 5. 피임(避妊) 목적의 수술
  - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  - 7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)
  - 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”
- ⑤ 제4항 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

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

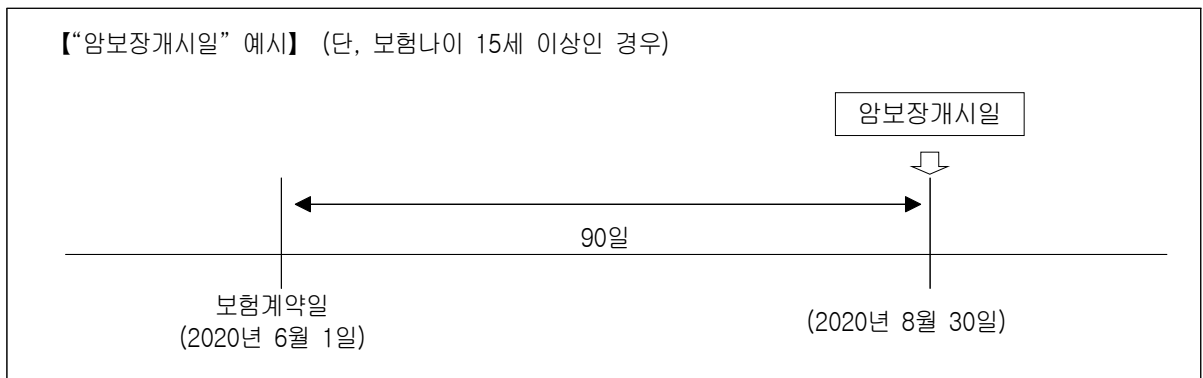
**제3조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 암수술비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과
“암”으로 수술시 (수술 1회당)	15세미만	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 100%

**제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급 사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조(특약의 무효)**

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제6조(특약의 소멸)**

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.

- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장 개시일”을 적용합니다.

**제8조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**31. 유사암수술비 특별약관**

**제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑥ “유사암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(“수술”의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  - 4. 미용성형 목적의 수술
  - 5. 피임(避妊) 목적의 수술
  - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  - 7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)
  - 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”
- ⑤ 제4항 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

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

**제3조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 이 특약의 보험가입금액을 유사암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

#### 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제5조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

#### 제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

#### 제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 32. 암수술비(유사암제외, 1회한) 특별약관

#### 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(“수술”의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규)참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  4. 미용성형 목적의 수술
  5. 피임(避妊) 목적의 수술
  6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)
  8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”
- ⑤ 제4항 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

**【신의료기술평가위원회】**

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

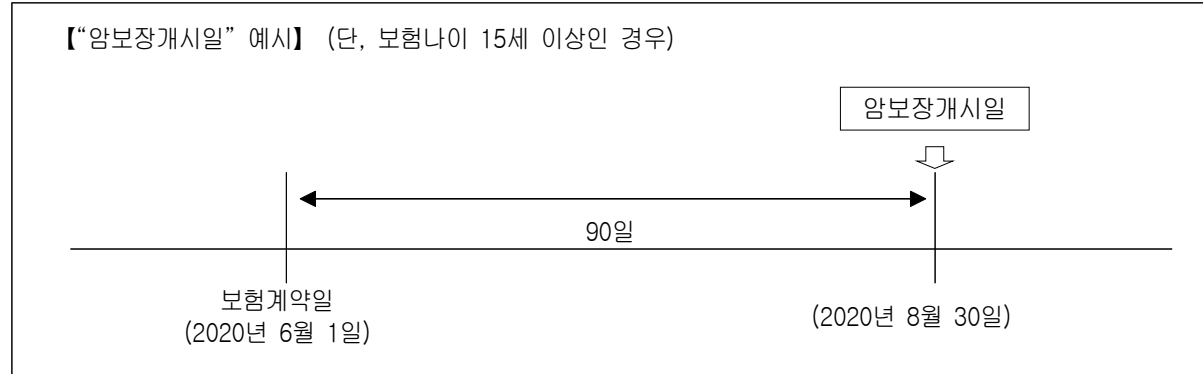
**제3조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(유사암제외,1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과
“암”으로 수술시 (최초 1회한)	15세미만	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 100%

#### 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급 사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세 이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제5조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

#### 제6조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비(유사암제외,1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 제2항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

#### 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

#### 제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

### 33. 유방암으로 인한 유방수술비(유사암제외) 특별약관

#### 제1조(“유방암”, “유방암으로 인한 수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “유방암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C50(유방의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② “유방암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “유방암으로 인한 유방수술”이라 함은 【별표18】(유방수술 분류표)에서 정한 수술을 말합니다.(이하 “유방수술”이라 합니다) 단, 미용을 위한 수술, 유방의 조직검사(Biospy), 내시경하 수술 등은 제외합니다.

#### 제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의리기구를 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규)참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 채액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  4. 미용성형 목적의 수술
  5. 피임(避妊) 목적의 수술
  6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

#### 【신의료기술평가위원회】

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

#### 제3조(보험금의 지급사유)

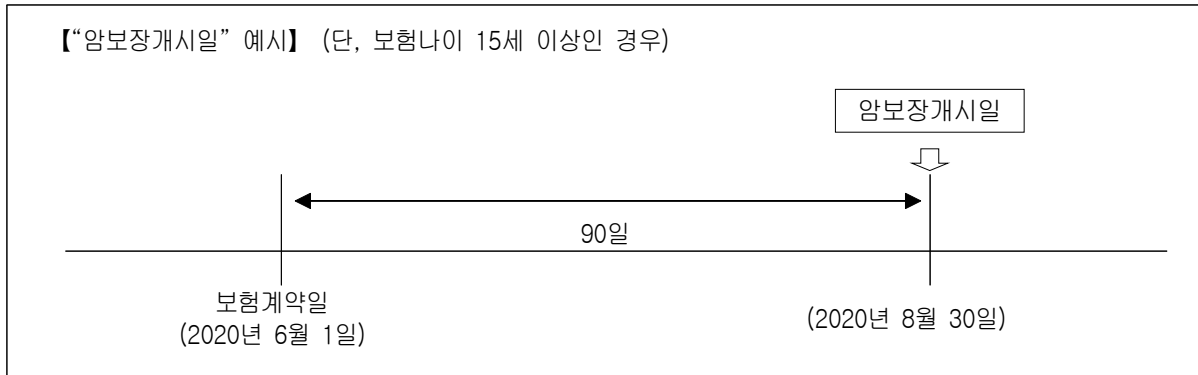
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “유방암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 유방암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“유방암”으로 유방수술시 (수술 1회당)	15세미만	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

#### 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부턴 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 함

니다.



② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제5조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “유방암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

### 제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적합한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

### 제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 34. 여성생식기암자궁적출수술비 특별약관

### 제1조(“여성생식기암”, “자궁적출수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “여성생식기암”이라 함은 【별표19】(여성생식기암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.



- ② “여성생식기암”의 진단확정은 병리와 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “여성생식기암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “자궁적출수술”이라 함은 자궁을 적출(외과적으로 제거함)하는 수술로써 【별표20】(자궁적출수술 분류표)에서 정한 수술을 말합니다.

**제2조(“수술”의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규)참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  - 4. 미용성형 목적의 수술
  - 5. 피임(避妊) 목적의 수술
  - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  - 7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

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

**제3조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “여성생식기암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 자궁적출수술을 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 여성생식기암자궁적출수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 초과
“여성생식기암”으로 자궁적출수술시 (최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

**제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

## 제6조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성생식기암자궁적출수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

## 제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 35. 항암방사선치료비 특별약관

### 제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에서 "암"이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

#### 【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단확정은 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. 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("항암방사선치료"의 정의)

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

### 제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의

금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

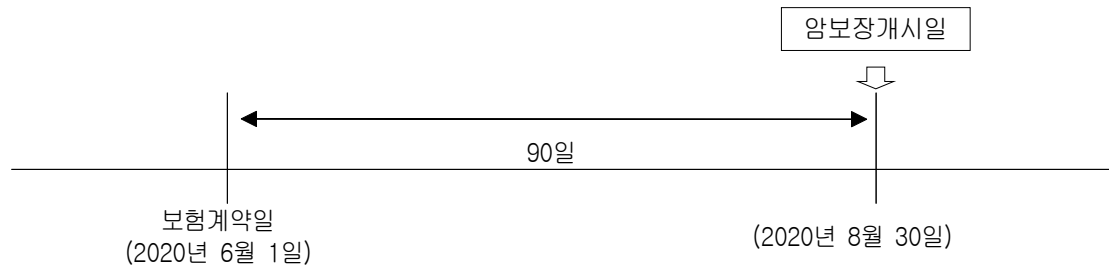
구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“암”으로 항암방사선 치료시 (최초 1회한)	15세 미만	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%
	15세 이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
“기타피부암”, “갑상선암”으로 항암방사선 치료시 (각각 최초 1회한)	15세 미만	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%
	15세 이상	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

② 제1항에도 불구하고 “암”으로 항암방사선치료비를 지급 받은 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 기타피부암의 항암방사선치료비 또는 갑상선암의 항암방사선치료비는 지급하지 않으며, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암방사선치료를 지급받은 이후에 “암”으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 암의 항암방사선치료비를 지급합니다.

#### 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유)의 “암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제5조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

#### 제6조(특약의 소멸)

① 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암의 항암방사선치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제8조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**36. 항암약물치료비 특별약관**

**제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 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. 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(“항암약물치료”의 정의)**

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

**제3조(보험금의 지급사유)**

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단

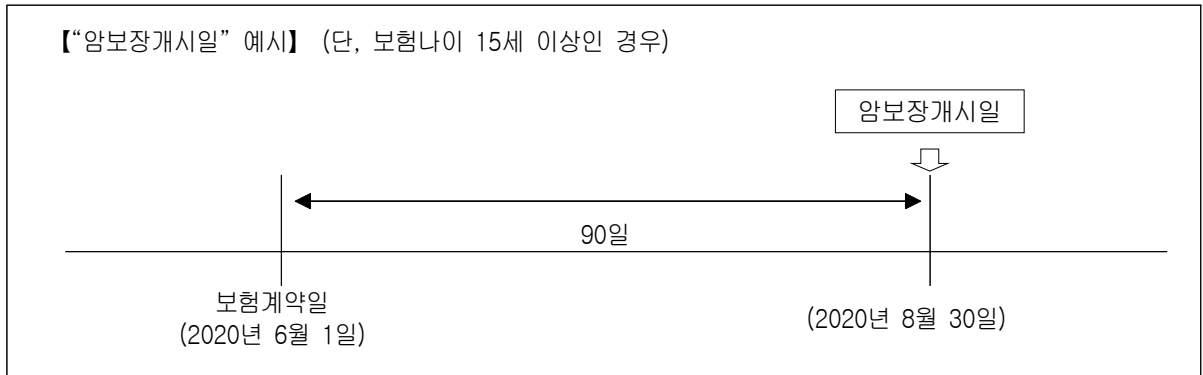
확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“암”으로 항암약물 치료시 (최초 1회한)	15세 미만	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%
	15세 이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
“기타피부암”, “갑상선암”으로 항암약물 치료시 (각각 최초 1회한)	15세 미만	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%
	15세 이상	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

② 제1항에도 불구하고 “암”으로 항암약물치료비를 지급 받은 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암약물치료를 받은 경우에는 기타피부암의 항암약물치료비 또는 갑상선암의 항암약물치료비는 지급하지 않으며, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암약물치료를 지급받은 이후에 “암”으로 항암약물치료를 받은 경우에는 암의 항암약물치료비를 지급합니다.

#### 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급 사유)의 “암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 함) 합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제5조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

#### 제6조(특약의 소멸)

① 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암의 항암약물치료비를 지급한 경우에는 그 손해배상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제8조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**37. 계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한) 특별약관**

**제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(“급여 항암방사선치료” 및 “급여 항암약물치료”의 정의)**

- ① 이 특약에서 “급여 항암방사선치료”라 함은 【별표21】(급여 항암방사선치료 분류표)에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우)에 한하며, 이하 “급여 항암방사선치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암방사선치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 항암방사선치료 인정기준”을 따릅니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표21】(급여 항암방사선치료 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 항암방사선치료 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.
- ④ 제1항의 항암방사선치료라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 “암”을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “급여 항암약물치료”라 함은 “급여 항암약물”을 투여하는 것을 말합니다.
- ⑥ 제5항의 “급여 항암약물”이라 함은 【별표22】(급여 항암약물 분류표)에서 해당하는 약제(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 항암약물 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암약물 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 항암약물 인정기준”을 따릅니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표22】(급여 항암약물 분류표)에 해당하는 약제 외에 “급여 항암약물 인정기준”에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 합니다.
- ⑨ 제5항의 항암약물치료라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제3조(보험금의 지급사유)**

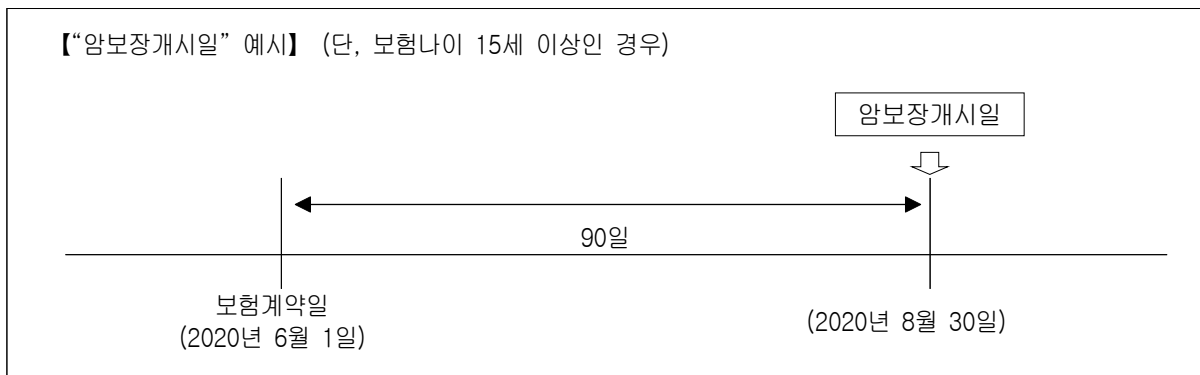
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “급여 항암방사선치료” 또는 “급여 항암약물치료”를 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 항암방사선약물치료비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“암”으로 급여 항암방사선 약물치료시 (연간 1회한)	15세 미만	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%
	15세 이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 항암방사선치료” 또는 “급여 항암약물치료”를 받은 날로 합니다.

**제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정

에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제5조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

#### 제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

#### 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

#### 제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

### 38. 표적항암약물허가치료비(갱신형) 특별약관

#### 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.



**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 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. 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(“항암약물치료”의 정의)**

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

**제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)**

- ① 이 특약에 있어서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’ (예규 개정예 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중, 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

**【호르몬 관련 치료제】**

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

**【세포독성 항암제】**

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

**【생물학적 반응 조절제】**

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

**【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】**

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표23】** (표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 표적항암제를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
  2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

**【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】**  
 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건 의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

**【안전성과 유효성 인정 범위 확인 방법】**

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인  
 : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」 확인, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」  
 : 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품 안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 “표적항암제”이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

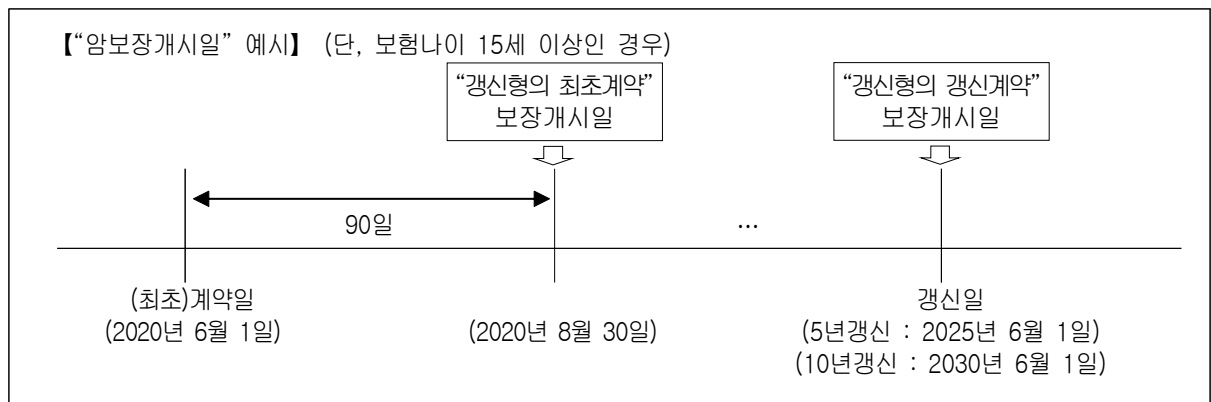
**제4조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분			지급금액				갱신계약
			최초계약				
			보험계약일로 부터 90일 이하	보험계약일로 부터 90일 초과 180일 미만	보험계약일로 부터 180일 이상 1년 미만	보험계약일로 부터 1년 이상	
표적 항암약물 허가 치료시 (최초 1회한)	암	15세 미만	보험가입 금액의 25%	보험가입 금액의 50%	보험가입 금액의 100%	보험가입 금액의 100%	
		15세 이상	-	보험가입 금액의 25%	보험가입 금액의 50%	보험가입 금액의 100%	보험가입 금액의 100%
	기타피부암 갑상선암	보험가입 금액의 25%	보험가입 금액의 50%	보험가입 금액의 100%	보험가입 금액의 100%		

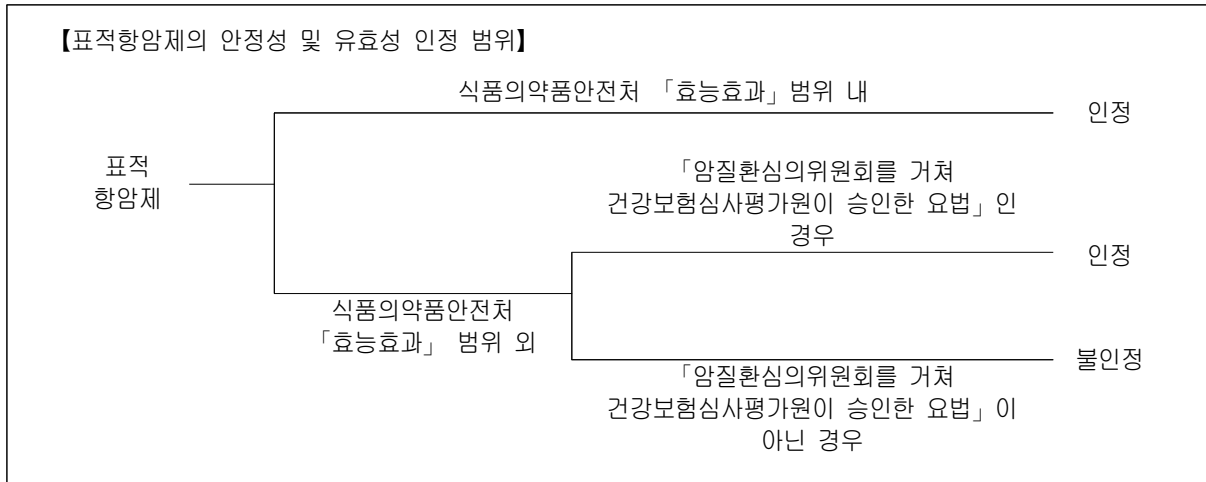
**제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제4조(보험금의 지급사유)의 “암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제10조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.

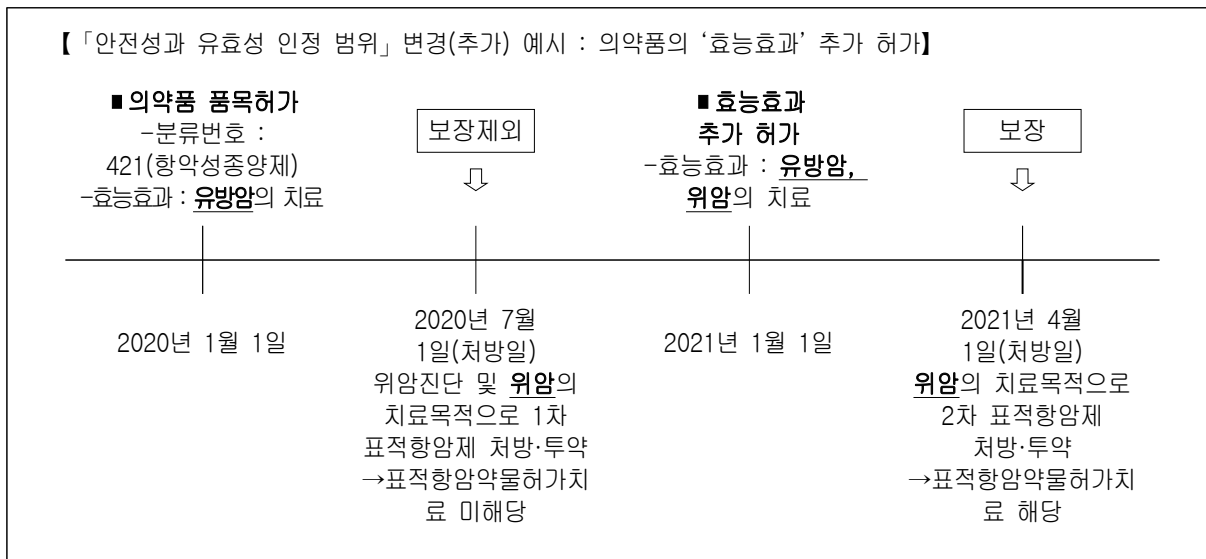


③ 제4조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능

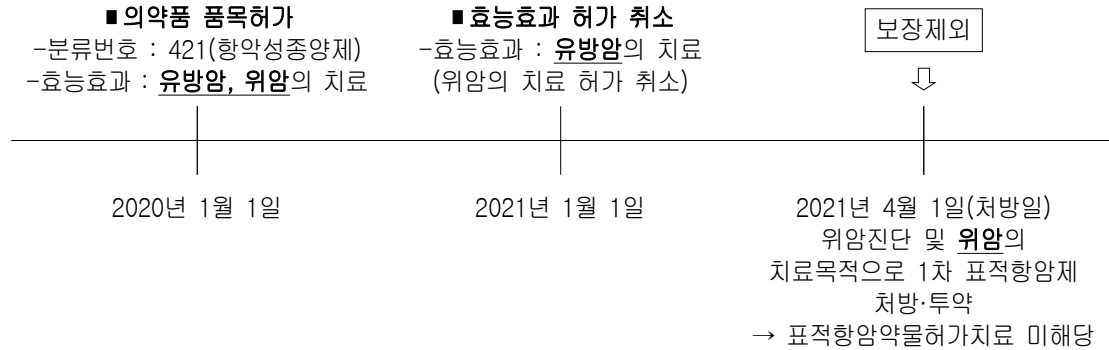
효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



④ 제4조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자 기준으로 합니다.



【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】



⑤ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조(보험금의 청구)**

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
  2. 사고증명서 (진료비계산서, 사망진단서, 장애인단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
  3. 표적항암약물허가치료 증명서
    - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      - ㄱ. 진단명
      - ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      - ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      - ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
      - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비계산서
  4. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
  5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제7조(특약의 무효)**

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제8조(특약의 소멸)**

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제10조(특약의 자동갱신)**

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

**제11조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**39. 계속받는표적항암약물허가치료비(갱신형) 특별약관**

계속받는표적항암약물허가치료비 특별약관은 다음 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)
2. 표적항암약물허가치료비(연간1회한)

**제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 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. 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(“항암약물치료”의 정의)

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

## 제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)

① 이 특약에 있어서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중, 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

### 【호르몬 관련 치료제】

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

### 【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

### 【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

### 【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표23】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 표적항암제를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

### 【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

### 【안전성과 유효성 인정 범위 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인  
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」 확인, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」  
: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품 안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 “표적항암제”이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

## 제4조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 계속받는 표적항암약물허가치료비(이하 “표적항암약물허가치료비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

**【표적항암약물허가치료비(최초1회한)】**

구분			지급금액				갱신계약
			최초계약				
			보험계약일로 부터 90일 이하	보험계약일로 부터 90일 초과 180일 미만	보험계약일로 부터 180일 이상 1년 미만	보험계약일로 부터 1년 이상	
표적항 암약물 허가치 료비 (최초1 회한)	암	15세 미만	이 보장 보험가입금액의 25%		이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
		15세 이상	-	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
	기타피부암 갑상선암	이 보장 보험가입금액의 25%		이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%	

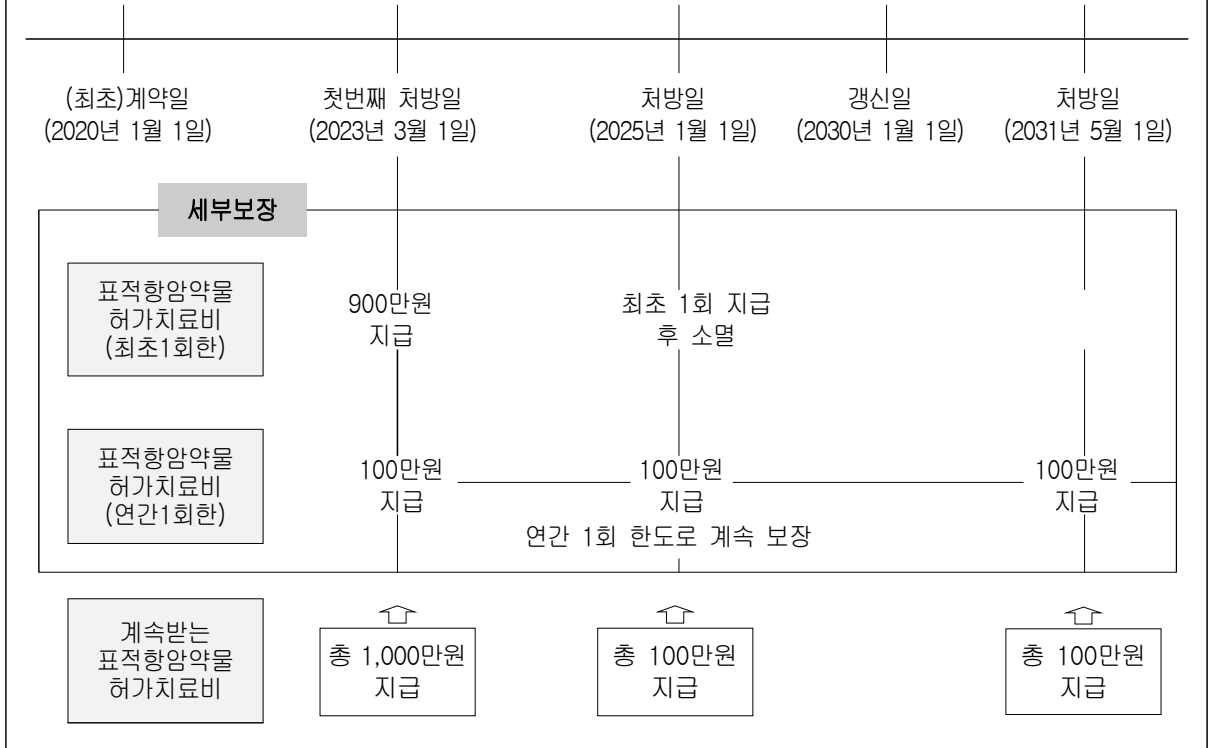
**【표적항암약물허가치료비(연간1회한)】**

구분			지급금액				갱신계약
			최초계약				
			보험계약일로 부터 90일 이하	보험계약일로 부터 90일 초과 180일 미만	보험계약일로 부터 180일 이상 1년 미만	보험계약일로 부터 1년 이상	
표적항 암약물 허가치 료비 (연간1 회한)	암	15세 미만	이 보장 보험가입금액의 25%		이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
		15세 이상	-	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
	기타피부암 갑상선암	이 보장 보험가입금액의 25%		이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%	

② 제1항에서 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.

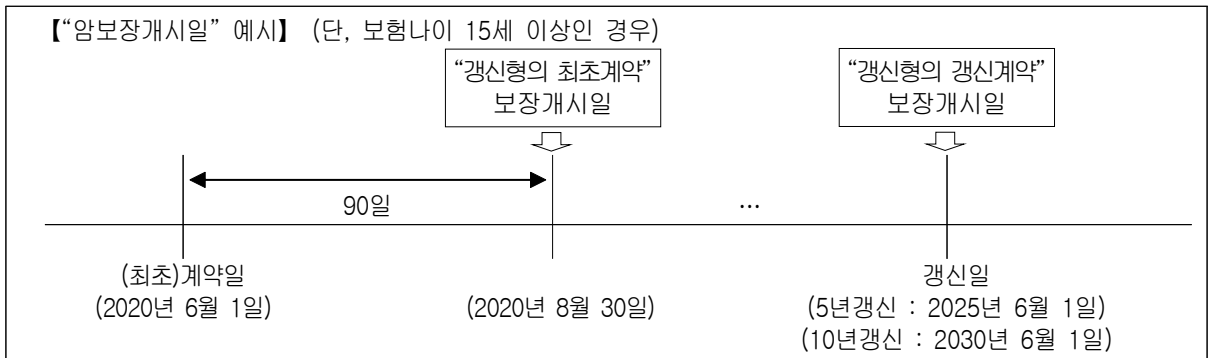
**【계속받는 표적항암약물 허가치료비 보장 예시】**

: 표적항암약물 허가치료비(최초1회한) 900만원, 표적항암약물 허가치료비(연간1회한) 100만원 가입 기준



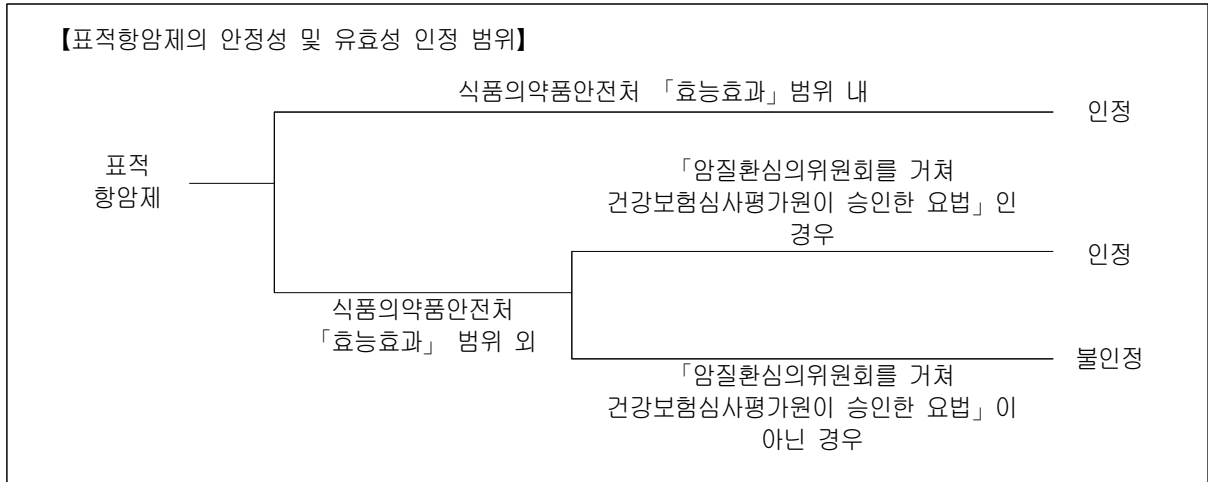
**제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제4조(보험금의 지급 사유) 제1항의 “암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제10조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.

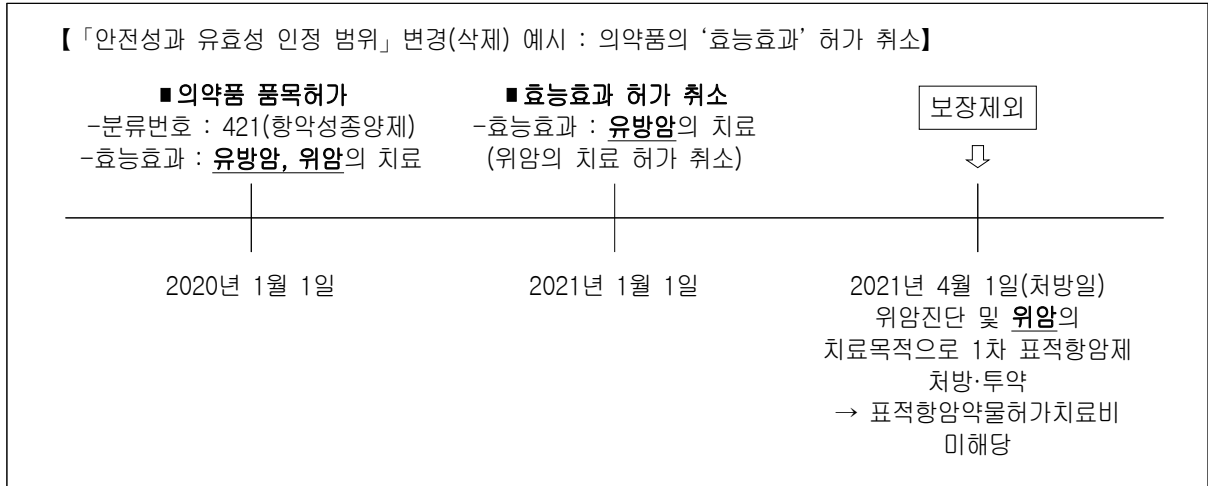
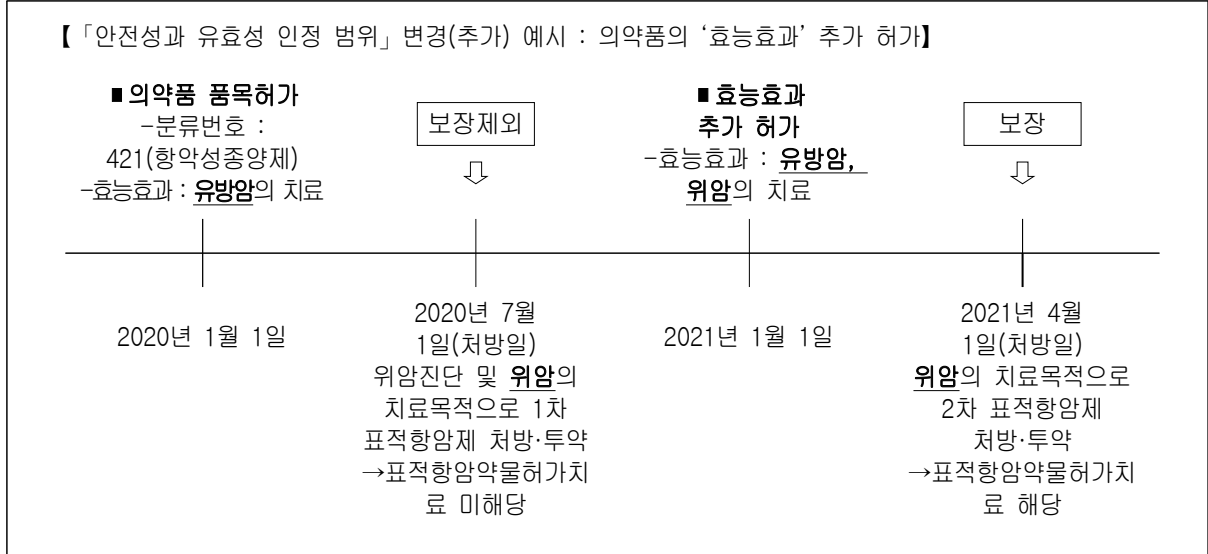


- ③ 제4조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물 허가치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능 효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.





④ 제4조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자 기준으로 합니다.



⑤ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기

관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

## 제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  1. 청구서(회사양식)
  2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
  3. 표적항암약물허가치료 증명서
    - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      - ㄱ. 진단명
      - ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      - ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      - ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
      - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비계산서
  4. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
  5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

## 제7조(특약의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

## 제8조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 세부보장 “표적항암약물허가치료비(최초1회한)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 “표적항암약물허가치료비(최초1회한)” 세부보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

## 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

## 제10조(특약의 자동갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약 또는 세부보장이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약 또는 세부보장은 갱신되지 않습니다.

### 제11조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 40. 상급종합병원암직접치료통원비 특별약관

### 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

#### 【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프질의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 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. 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(“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

### 제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

### 제4조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① 이 특약에서 “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
  - 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
  - 2. 면역력 강화 치료
  - 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
  - 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
  - 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
  - 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
  - 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

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

**제5조(“통원”의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

**제6조(보험금의 지급사유)**

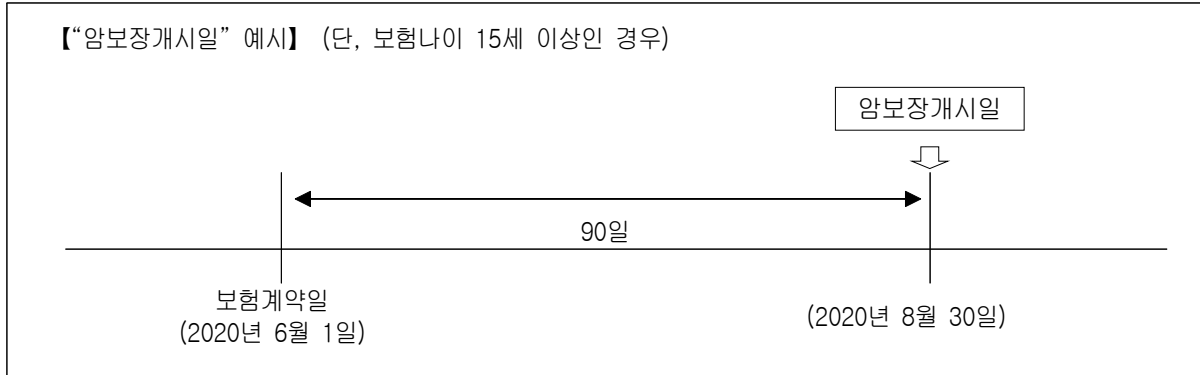
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 통원1회당 아래의 금액을 상급종합병원암직접치료통원비(이하 “통원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하며 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과
“암”으로 통원시 (통원 1회당)	15세미만	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 100%
“기타피부암”, “갑상선암” “제자리암”, “경계성종양” 으로 통원시 (통원 1회당)		보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

**제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 “암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부턴 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은

보험계약일합니다.



- ② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제8조(특약의 무효)**

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

- 1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제9조(특약의 소멸)**

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적절한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제11조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】**

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(“말기암환자”, “호스피스전문기관” 및 “말기암환자 완화의료”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 “말기암환자”라 함은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호 가목(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 따라 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당 의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다.
- ② 이 특약에서 “호스피스전문기관”이란 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 따라 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “말기암환자 완화의료”란 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제6호(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 따라 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료로써, 「호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조(호스피스의 신청)에 따라 해당 “말기암환자”가 “호스피스전문기관”에 가정형 호스피스 또는 입원형 호스피스를 신청하고, 제공받은 경우를 말합니다.

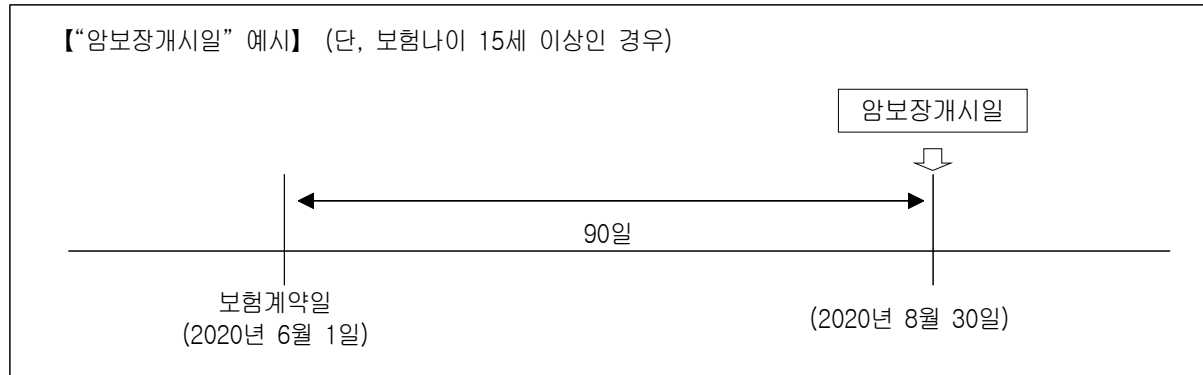
**제3조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고 “말기암환자”를 대상으로 하는 “말기암환자 완화의료” 치료를 목적으로 “호스피스전문기관”으로부터 입원형 또는 가정형 호스피스 완화의료 치료를 받은 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 말기암호스피스통증완화치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과
호스피스 완화의료 치료시 (최초 1회한)	15세미만	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 100%

**제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조(특약의 무효)**

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제6조(특약의 소멸)**

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기암호스피스통증완화치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적합한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제8조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 42. 암주요재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한) 특별약관

### 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

#### 【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 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. 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(“입원” 및 “통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

### 제3조(“급여 암주요재활치료”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “암주요재활치료”라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료 목적의 암치료 중, 암치료 완료 후, 암생존 시기에 암 자체 또는 암치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급여 암주요재활치료”라 함은 【별표24】(급여 암주요재활치료 분류표)의 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 항암방사선치료 인정기준”이라 합니다)을 말합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 암주요재활치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 암주요재활치료 인정기준”을 따릅니다.
- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표24】(급여 암주요재활치료 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 암주요재활치료 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.



**제4조(보험금의 지급사유)**

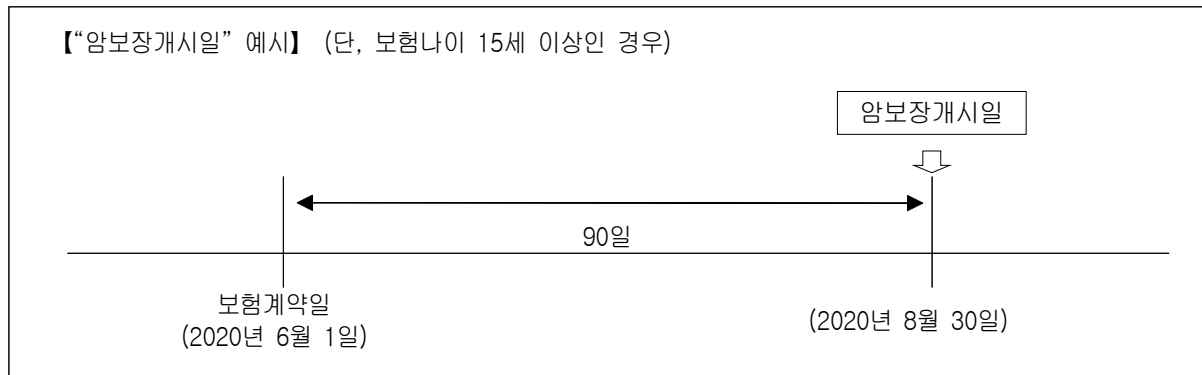
① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 입원 중에 “급여 암주요재활치료”를 받은 경우(이하 “입원 급여 암주요재활치료”라 합니다) 또는 통원하여 “급여 암주요재활치료”를 받은 경우(이하 “통원 급여 암주요재활치료”라 합니다) 회사는 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 암주요재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한)(이하 “암주요재활치료비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과
급여 암주요재활 치료시 (1일 1회한)	15세미만	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 암주요재활치료비는 “입원 급여 암주요재활치료”와 “통원 급여 암주요재활치료”를 합산하여 연간 10회를 한도로 합니다.  
 ③ 제2항의 “연간”이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 암주요재활치료”를 받은 날로 합니다.

**제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 “암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조(보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.  
 1. 청구서(회사양식)  
 2. 사고증명서 (진료확인서(“재활치료의원인” 필수 기재), 진단서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진료기록부 등)  
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 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)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제7조(특약의 무효)**

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도

보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

#### 제8조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

#### 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

#### 제10조 (준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

### 43. 암주요통증완화치료비(급여,연간1회한) 특별약관

#### 제1조 (“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

##### 【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(“급여 암주요통증완화치료”의 정의와 장소)**

이 특약에서 “급여 암주요통증완화치료”라 함은 피보험자의 진단 확정된 “암”의 통증 완화를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. “급여 신경차단술” 또는 “급여 신경파괴술”을 받은 경우
  - 가. “급여 신경차단술” 및 “급여 신경파괴술”이라 함은 【별표25】(급여 신경차단·파괴술 분류표)에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 신경차단·파괴술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
  - 나. 가.에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 신경차단·파괴술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 신경차단·파괴술 인정기준”을 따릅니다.
  - 다. 가. 및 나.에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표25】(급여 신경차단·파괴술 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 급여 신경차단·파괴술 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.
2. “급여 마약성진통제”를 “연간 30일이상 처방” 받은 경우
  - 가. 이 특약에서 “급여 마약성진통제”라 함은 아래의 약효분류번호에 해당하는 약제(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 마약성진통제 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

【급여 마약성진통제】	
· 약효분류번호 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제	
분류번호	대상이 되는 의료행위
800	마약
810	알칼로이드 마약(천연)
811	아편알칼로이드계 제제
812	코카알칼로이드계 제제
820	비알칼로이드계 마약
821	합성 마약
829	기타의 비알칼로이드계 마약
890	기타의 마약

· 상기 약효분류는 건강보험심사평가원이 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에서 정한 마약성 진통제 분류 기준을 따릅니다.

- 나. “연간 30일이상 처방”이라 함은 “급여 마약성진통제”의 연간 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회이상 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일이상인 경우를 말하며 처방일수 합산시 기준일자는 “급여 마약성진통제”를 처방 받은 날로 합니다.
- 다. 가. 및 나.에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 마약성진통제 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 마약성진통제 인정기준”을 따릅니다.
- 라. 가. 내지 다.에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 마약성진통제 인정기준”에 해당하는 약제 외에 “급여 마약성진통제 인정기준”에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 합니다.

**제3조(보험금의 지급사유)**

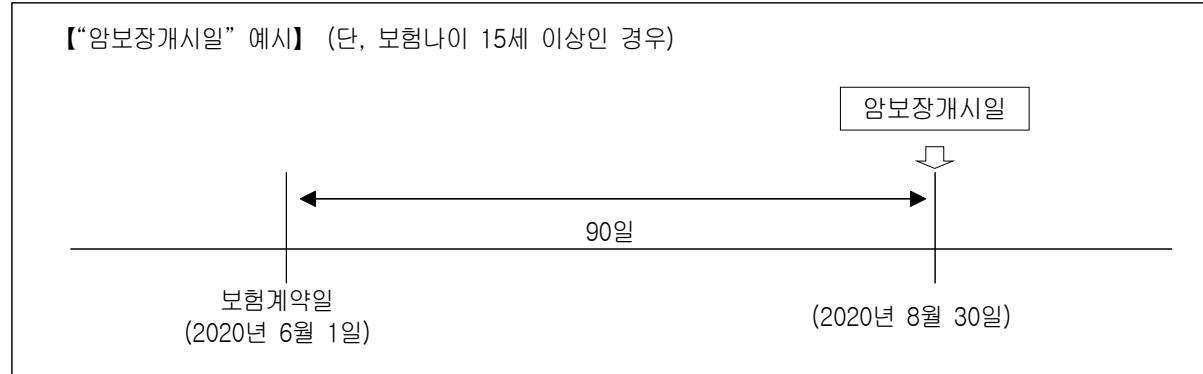
① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고 이로 인한 통증 완화를 목적으로 “급여 암주요통증완화치료”를 받은 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암주요통증완화치료비(급여,연간1회한)(이하 ‘암주요통증완화치료비’라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과
급여 암주요통증 완화치료시 (연간 1회한)	15세미만	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	15세이상	-	보험가입금액의 100%

② 제1항의 “연간”이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 암주요통증완화치료”를 받은 날로 합니다.

#### 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  1. 청구서(회사양식)
  2. 사고증명서
    - 가. “급여 신경차단술” 또는 “급여 신경파괴술치료”를 받은 경우 : 진단서, 진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’필수 기재), 진료기록부 등
    - 나. “급여 마약성진통제”를 “연간30일 이상 처방” 받은 경우 : 진단서, 요양급여비용명세서(상병명 및 총 투여일수 필수기재), 진료기록부 등
  3. 신분증(주민등록증, 여권이나 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)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

#### 제6조(특약의 무효)

- 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
  2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

#### 제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적절한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

### 제9조 (준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 44. 뇌혈관질환진단비 특별약관

### 제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표26】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
  1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“뇌혈관질환”으로 진단확정시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때

- 로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
  - ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
  - ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
    1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
    2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에서 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
  - ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 45. 뇌졸중진단비 특별약관

### 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “뇌졸중”이라 함은 【별표27】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
  1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“뇌졸중”으로 진단확정시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로

하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌졸중"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 46. 뇌출혈진단비 특별약관

### 제1조("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)에서 "뇌출혈"이라 함은 【별표28】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
  1. 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈임이 확정되거나 추정되는 경우

### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "뇌출혈"로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
"뇌출혈"로 진단확정시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 "뇌출혈"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로

- 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) 【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

#### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

#### 제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

### 47. 허혈성심장질환진단비 특별약관

#### 제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표29】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
  1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

#### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.



구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“허혈성심장질환”으로 진단확정시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 피보험자가 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제5조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**48. 급성심근경색증진단비 특별약관**

**제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표30】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없

는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“급성심근경색증”으로 진단확정시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**제1조(“양성뇌종양”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “양성뇌종양”이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며, 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.
- ② 제1항의 “양성뇌종양”은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이 (수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.
- ③ 제1항의 “양성뇌종양”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여야 합니다. 또한 회사가 “양성뇌종양”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “양성뇌종양”으로 진단 확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 양성뇌종양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 피보험자가 “양성뇌종양”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제5조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“양성뇌종양”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “양성뇌종양”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 양성뇌종양진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**제1조(“위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”이라 함은 【별표32】(위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”의 진단확정은 병리와 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”으로 진단 확정된 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 위,십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”으로 진단확정시 (연간 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 피보험자가 “위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 위,십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(보험금의 청구)**

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  1. 청구서(회사양식)
  2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서(폴립의 경우 내시경검사결과지로 대체 가능), 입원치료확인서, 의사 처방전(처방조제비) 등)
  3. 신분증(주민등록증, 여권이나 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)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제5조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제6조(특약의 소멸)**

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 51. 주요바이러스질환진단비 특별약관

### 제1조(“주요바이러스질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “주요바이러스질환”이라 함은 【별표31】(주요바이러스질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 주요바이러스질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 회사가 “주요바이러스질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “주요바이러스질환”으로 진단 확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 주요바이러스질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“주요바이러스질환”으로 진단확정시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “주요바이러스질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요바이러스질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요바이러스질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“주요바이러스질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “주요바이러스질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 주요바이러스질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 52. 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여, 연간1회한) 특별약관

### 제1조(“6대기관 양성종양(폴립포함)”, “급여 6대기관 양성종양(폴립포함) 수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “6대기관 양성종양(폴립포함)”이라 함은 【별표33】(6대기관 양성종양(폴립포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “6대기관 양성종양(폴립포함)”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “6대기관 양성종양(폴립포함)”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ③ 이 특약에서 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술”이라 함은 【별표34】(급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 분류표)에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”을 따릅니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표34】(급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

### 제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규)참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  - 4. 미용성형 목적의 수술
  - 5. 피임(避妊) 목적의 수술
  - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  - 7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

**【신의료기술평가위원회】**

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

**제3조(보험금의 지급사유)**

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “6대기관 양성종양(폴립포함)”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술”을 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“급여 6대기관 양성종양(폴립포함) 수술”시 (연간 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술”을 받은 날로 합니다.

**제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조(보험금의 청구)**

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  1. 청구서(회사양식)
  2. 사고증명서 (진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
  3. 신분증(주민등록증, 여권이나 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)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제6조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제7조(특약의 소멸)**

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제8조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

### 53. 갑상선기능항진증치료비 특별약관

#### 제1조(“갑상선기능항진증”, “갑상선기능항진증치료”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “갑상선기능항진증”이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 E05(갑상선독증[갑상선기능항진증])에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② “갑상선기능항진증”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 회사가 “갑상선기능항진증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선기능항진증치료”라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.
  1. 갑상선절제술을 받은 경우  
: 이 특약에 있어서 “갑상선절제술”이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는 “갑상선엽 전절제술(Total Thyroidectomy)” 및 “갑상선엽 아전절제술(Subtotal Thyroidectomy)”을 말합니다.
  2. 방사성요오드 치료를 받은 경우
  3. 60일 이상 항갑상선제를 처방받은 경우

#### 【방사성요오드 치료】

주성분이 요오드화나트륨에 해당하는 치료

#### 【항갑상선제】

주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole 에 해당하는 약제

#### 제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  4. 미용성형 목적의 수술
  5. 피임(避妊) 목적의 수술
  6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

#### 【신의료기술평가위원회】

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

#### 제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “갑상선기능항진증”으로 진단 확정되고 “갑상선기능항진증치료”를 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선기능항진증치료비로 보험수익자에게 지급합니다.



구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“갑상선기능항진증 치료”시 (최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

**제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조(보험금의 청구)**

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  - 1. 청구서(회사양식)
  - 2. 사고증명서 (진료비세부내역서, 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
  - 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 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)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제6조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제7조(특약의 소멸)**

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능항진증치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제8조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

### 제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 “1~5종 수술분류표”(【별표38】(1~5종 수술 분류표) 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 수술은 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ③ 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ④ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  4. 미용성형 목적의 수술
  5. 피임(避妊) 목적의 수술
  6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  7. 기타수술 “1~5종 수술분류표”에 해당하지 않는 시술

#### 【신의료기술평가위원회】

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

### 제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “1~5종 수술분류표”(【별표38】(1~5종 수술 분류표) 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 질병1~5종수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1000만원)

구분	지급금액
1종수술	20만원
2종수술	50만원
3종수술	100만원
4종수술	500만원
5종수술	1000만원

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병1~5종수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병1~5종수술비를 지급합니다.
- ② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 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

### 제5조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적정한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 55. MRI 검사지원비(3대질병, 급여, 연간1회한)(갱신형) 특별약관

### 제1조(“3대질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “3대질병”이라 함은 【별표39】(3대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “3대질병”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

### 제2조(“급여촬영”의 정의 및 장소)

- ① 이 특약에서 “급여촬영”이라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

#### 【자기공명영상진단(MRI)】

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

#### 【의료행위】

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

- ② 제1항의 “급여촬영”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 “의료급여”라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 “급여촬영”은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
- ④ 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점

- 수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 자기공명영상진단(MRI)을 사용하는 촬영 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“3대질병”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “3대질병”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제2조(“급여촬영”의 정의 및 장소)에서 정한 “급여촬영”을 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 MRI검사지원비(3대질병,급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
MRI검사지원비 (3대질병,급여,연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 MRI검사지원비(3대질병,급여,연간1회한)는 “3대질병”의 직접적인 원인, 종류 및 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에서 “연간”이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여촬영”을 받은 날로 합니다.

### 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
  2. 사고증명서 (진단서, 진료비세부내역서, 진료비계산서 등)
  3. 신분증(주민등록증, 여권이나 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)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

### 제6조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약

관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제8조(특약의 자동갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

### 제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 56. 항암양성자방사선치료비(갱신형) 특별약관

### 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

#### 【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 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. 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(“항암양성자방사선치료”의 정의)

이 특약에서 “항암양성자방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것(이하 “항암양성자방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

#### 【양성자 치료】

양성자 치료는 방사선 치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 양성자 치료는 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화합니다.

### 제3조(보험금의 지급사유)

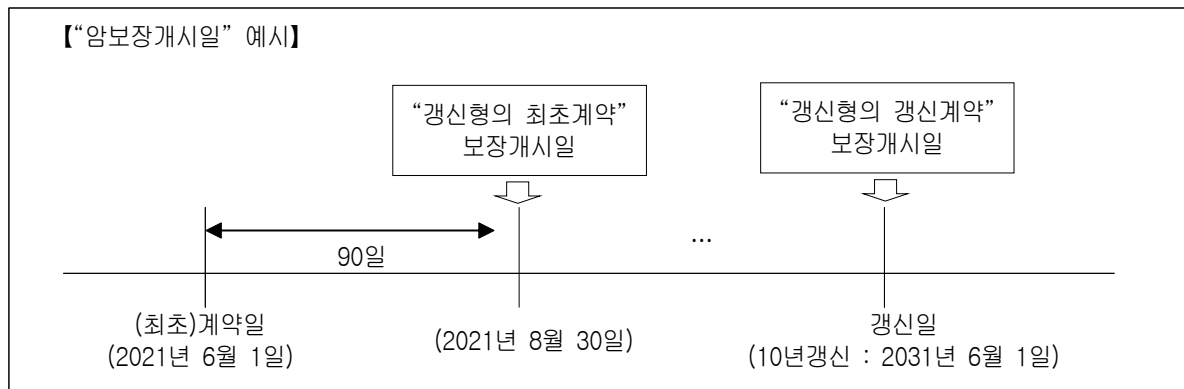
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단

확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성자방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분			지급금액			
			최초계약			갱신계약
			보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
항암 양성자 방사선 치료시 (최초 1회한)	암	15세 미만	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
		15세 이상	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	기타피부암 갑상선암		보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

#### 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유)의 “암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.
- 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.



- 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제5조(특약의 무효)

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

- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
- 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

#### 제6조(특약의 소멸)

- 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암양성자방사선치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나고 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제8조(특약의 자동갱신)**

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

**제9조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**57. [암예방지원금 I] 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비 (연간1회한) 특별약관**

**제1조(“위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”이라 함은 【별표32】(위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”의 진단확정은 병리와 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”으로 진단 확정된 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 [암예방지원금 I] 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(이하 ‘암예방지원금 I’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”으로 진단확정시 (연간 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 피보험자가 “위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 위,십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기

관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  1. 청구서(회사양식)
  2. 사고증명서(사고증명서(진료비계산서, 진단서(폴립의 경우 내시경검사결과지로 대체 가능), 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
  3. 신분증(주민등록증, 여권이나 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)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

#### 제5조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

#### 제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”)의 정의 및 진단확정)에서 정한 “위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암예방지원금 I에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

#### 제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

### 58. [암예방지원금 II] 주요바이러스질환진단비(5년연지급형) 특별약관

#### 제1조(“주요바이러스질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “주요바이러스질환”이라 함은 【별표31】(주요바이러스질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 주요바이러스질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 회사가 “주요바이러스질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

#### 제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “주요바이러스질환”으로 진단 확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 매년 사고발생일에 [암예방지원금 II] 주요바이러스질환진단비(5년연지급형)(이하 “암예방지원금 II”라 합니다)로 보험수익자에게 5년동안 확정 지급합니다.



구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“주요바이러스질환”으로 진단확정시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항의 사고발생일이 해당월에 없는 경우에는 해당월의 말일을 해당월의 사고발생 해당일로 합니다.

**【사고발생일 예시】**  
2020년 5월 31일에 사고가 발생한 경우 2020년 6월 30일을 해당월의 사고발생 해당일로 합니다.

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 암예방지원금Ⅱ는 보험수익자의 요청에 의하여 이 보험의 평균공시이율로 할인한 금액과 적용이율로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.
- ② 피보험자가 “주요바이러스질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암예방지원금Ⅱ를 지급하여 드립니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제5조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암예방지원금Ⅱ를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“주요바이러스질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “주요바이러스질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암예방지원금Ⅱ에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제6조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**제1조(“6대기관 양성종양(폴립포함)”, “급여 6대기관 양성종양(폴립포함) 수술”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “6대기관 양성종양(폴립포함)”이라 함은 【별표33】 (6대기관 양성종양(폴립포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “6대기관 양성종양(폴립포함)”의 진단확정은 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “위, 십이지장 및 대장의 양성신생물(폴립포함)”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ③ 이 특약에서 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술”이라 함은 【별표34】 (급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 분류표)에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”을 따릅니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표34】 (급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제2조(“수술”의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】 (기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  4. 미용성형 목적의 수술
  5. 피임(避妊) 목적의 수술
  6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

**【신의료기술평가위원회】**

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

**제3조(보험금의 지급사유)**

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “6대기관 양성종양(폴립포함)”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술”을 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 [암예방지원금Ⅲ] 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)(이하 ‘암예방지원금Ⅲ’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“급여 6대기관 양성종양(폴립포함) 수술”시 (연간 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술”을 받은 날로 합니다.

**제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조(보험금의 청구)**

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  - 1. 청구서(회사양식)
  - 2. 사고증명서 (진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
  - 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 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)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제6조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제7조(특약의 소멸)**

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제8조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**60. [암예방지원금Ⅳ] 갑상선기능항진증치료비(5년연지급형) 특별약관**

**제1조(“갑상선기능항진증”, “갑상선기능항진증치료”의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “갑상선기능항진증”이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 E05(갑상선독증[갑상선기능항진증])에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② “갑상선기능항진증”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 회사가 “갑상선기능항진증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 이 특약에서 "갑상선기능항진증치료"라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.
  - 1. 갑상선절제술을 받은 경우
    - : 이 특약에 있어서 "갑상선절제술"이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는 "갑상선엽 전절제술(Total Thyroidectomy)" 및 "갑상선엽 아전절제술(Subtotal Thyroidectomy)"을 말합니다.

2. 방사성요오드 치료를 받은 경우
3. 60일 이상 항갑상선제를 처방받은 경우

**【방사성요오드 치료】**

주성분이 요오드화나트륨에 해당하는 치료

**【항갑상선제】**

주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole 에 해당하는 약제

**제2조(“수술”의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 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.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
  1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
  2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 채액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
  3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
  4. 미용성형 목적의 수술
  5. 피임(避妊) 목적의 수술
  6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  7. 기타수술에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

**【신의료기술평가위원회】**

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

**제3조(보험금의 지급사유)**

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “갑상선기능항진증”으로 진단 확정되고 “갑상선기능항진증치료”를 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 매년 사고발생일에 [암예방지원금Ⅳ]갑상선기능항진증치료비(5년연지급형)(이하 ‘암예방지원금Ⅳ’라 합니다)로 보험수익자에게 5년동안 확정 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“갑상선기능항진증 치료”시 (최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 사고발생일이 해당월에 없는 경우에는 해당월의 말일을 해당월의 사고발생 해당일로 합니다.

**【사고발생일 예시】**

2020년 5월 31일에 사고가 발생한 경우 2020년 6월 30일을 해당월의 사고발생 해당일로 합니다.

**제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 암예방지원금Ⅳ는 보험수익자의 요청에 의하여 이 보험의 평균공시이율로 할인한 금액과 적용이율로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조(보험금의 청구)**

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  - 1. 청구서(회사양식)
  - 2. 사고증명서 (진료비세부내역서, 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
  - 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 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)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제6조(특약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제7조(특약의 소멸)**

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암예방지원금Ⅳ를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제8조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**【 상 해 및 질 병 관 련 특 별 약 관 】**

**1. 양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여, 연간1회한)(갱신형) 특별약관**

**제1조(“급여촬영”의 정의 및 장소)**

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급여촬영”이라 함은 의료법 제3조(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 양전자방출단층촬영(PET)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

**【양전자방출단층촬영(PET)】**

양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

**【의료행위】**

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

- ② 제1항의 “급여촬영”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 “의료급여”라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 “급여촬영”은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여 양전자방출단층촬영 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
- ④ 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 양전자방출단층촬영(PET)을 사용하는 촬영 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 의사에 의하여 질병 및 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제1조(“급여촬영”의 정의 및 장소)에서 정한 “급여촬영”을 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		최초계약		갱신계약
		보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
양전자단층촬영(PET) 검사지원비 (급여,연간1회한)	질병의 진단 및 치료	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	상해의 진단 및 치료	보험가입금액의 100%		보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여,연간1회한)는 질병 및 상해의 직접적인 원인, 종류 및 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에서 “연간”이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여촬영”을 받은 날로 합니다.

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 보험금을 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 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 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 보장합니다.)
  3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

**제5조(보험금의 청구)**

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
  2. 사고증명서 (진단서, 진료비세부내역서, 진료비계산서 등)
  3. 신분증(주민등록증, 여권이나 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)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제6조(상해보험계약 후 알릴 의무)**

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

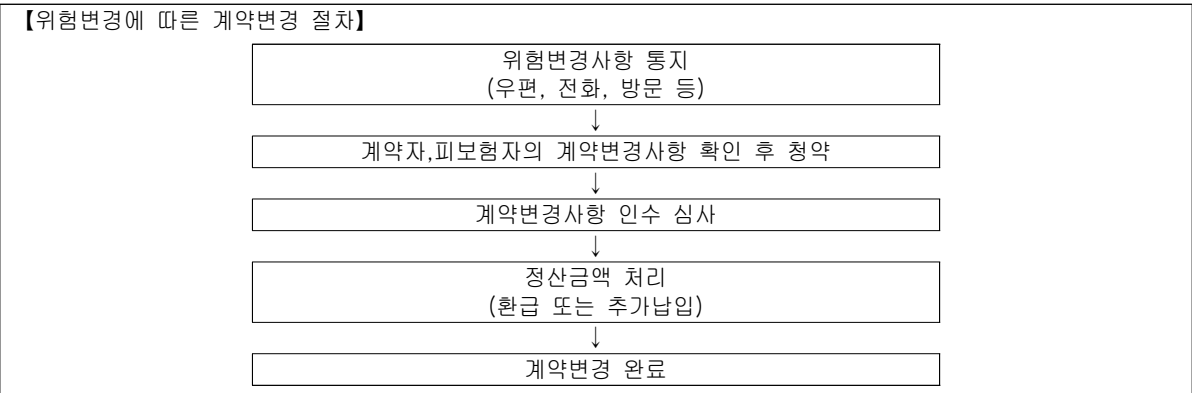
**【직업】**

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. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우  
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
  3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우  
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
  4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우 포함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장

을 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.

### 제7조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
  1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
  1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 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 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제5조(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 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

### 제8조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다. 또한, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

### 제9조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.



1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제10조(특약의 자동갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

### 제11조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 2. 보험료납입지원(암(유사암제외)진단및80%이상후유장해) 특별약관

### 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

#### 【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”의 진단확정은 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. 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)

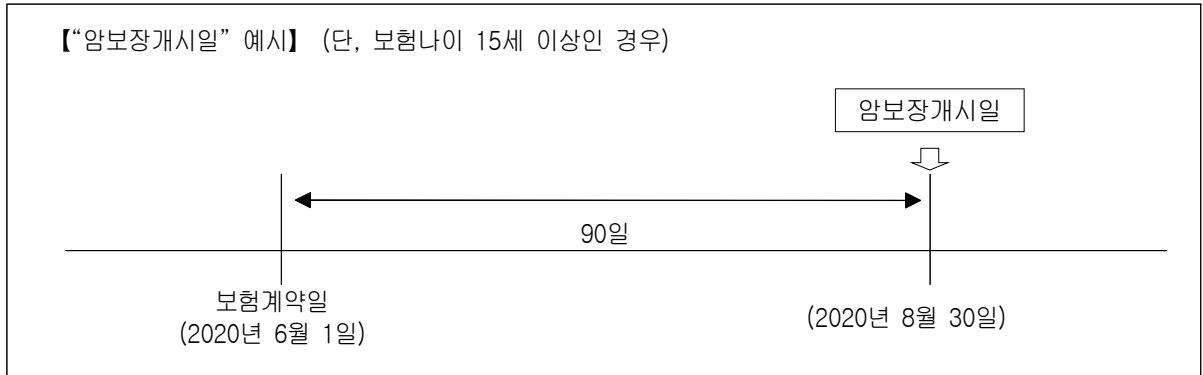
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생한 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 보장개시일 이후 “암”으로 진단 확정 되었을 때
2. 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
3. 진단확정 된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때

구분			지급금액	
			보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과
보험료 납입 지원금 (최초 1회한)	“암”으로 진단확정시	15세 미만	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
		15세 이상	-	보험가입금액의 100%
	질병·상해로 “80%이상후유장해” 발생시		보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급 사유) 제1호의 “암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 보험나이가 15세미만인 때에는 보험계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입지원금을 지급 하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 제2조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의 사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류 표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간 이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때 에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익 자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기 관)(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정 에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 같은 질병 또는 상해로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유 장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때 에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니 다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의

동일 부위에 또다시 제8항에서 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이를 차감하여 적용합니다.

#### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 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 보장합니다)
  3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

#### 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

##### 【직업】

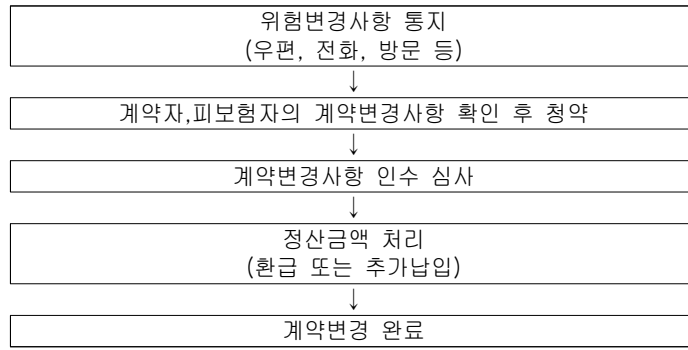
1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2. 1.에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함  
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

##### 【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우  
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
  3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우  
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
  4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우 포함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

**【위험변경에 따른 계약변경 절차】**



- 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.

**제6조(알릴 의무 위반의 효과)**

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특약을 해지할 수 있습니다.
  - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
  - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  - 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  - 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 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 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제5조(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 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

**제7조(특약의 무효)**

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

**제8조(특약의 소멸)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입지원금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 책임준비금을 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입지원금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

**제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

- ① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항 내지 제3항을 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일”을 적용합니다.

**제10조(준용규정)**

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**【 비용손해 관련 특별약관 】**

**1. 의료사고법률비용 특별약관**

**제1조(“의료사고”의 정의)**

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “의료사고”라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초래하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 의료법 제3조 (【별표40】(기타관계법규) 참조)에 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 의료법 제3조(【별표40】(기타관계법규) 참조)에서 정한 의료기관(병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다))에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우에 회사는 1사고당 1심에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급

합니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조(【별표40】(기타관계법규) 참조)에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상하여 드립니다.

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 의료사고법률비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 보험계약(공제포함)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약(공제포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

각 계약별 비례분담액	=	의료사고법률비용	×	$\frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$
----------------	---	----------	---	--

**【공제】**  
 같은 직장, 직업 또는 지역에 속하는 사람들이 조합을 만들어 조합원 또는 그 가족 등의 길흉사가 있을 때 공제금을 지급하는 상호구제를 목적으로 하는 제도입니다.  
 이러한 공제제도는 다수의 조합원 단체를 구성하고 우연한 사고를 당한 사람에게 공제금을 지급하는 점에서는 보험과 비슷하나 공제는 일정한 직장, 직업 또는 지역적으로 한정하여 그에 가입할 수 있도록 하는 점에서 보험과 다릅니다. (버스공제조합, 택시공제조합 등)

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

### 제4조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에의해 의료사고가 발생한 경우

### 제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 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

### 제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제34조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

### 제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

## 【 제도성 특별약관 】

### 1. 보험료 자동납입 특별약관

#### 제1조(보험료 납입)

- ① 보험계약자는 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 따라 보험계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동납입 합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 보험계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제19조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

#### 제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 보험계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

#### 제3조(계약 후 알릴 의무)

보험계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

### 2. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관

#### 제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)에 부가하여 이루어집니다. (이하 특별약관은 “특약”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
  1. 보험계약을 체결할 당시 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우
  2. 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우
- ② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 및 현재 병력과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 또는 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 제1항 제2호에도 불구하고 계약 전 알릴 의무를 위반하고 계약자가 보험계약의 변경에 대한 청약을 하지 않는 경우 또는 회사가 청약을 거절한 경우 회사는 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 보험계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 효력발생일은 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.
- ⑤ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 보험계약에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
  1. 이 특약 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
  2. 이 특약 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한

## 특정질병이 발생한 경우

### 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용)

- ① 이 특약에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 【별표35】(특정부위 분류표) 및 【별표36】(특정질병 분류표)중에서 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만 질병으로 인하여 사망하거나 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 '후유장해'라고 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80%이상 장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그러하지 않습니다.
  1. 회사가 지정한 부위(이하 '특정부위'라고 합니다)에 발생한 질병(【별표35】(특정부위 분류표)) 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
  2. 회사가 지정한 질병(이하 '특정질병'이라고 합니다)(【별표36】(특정질병 분류표))
- ② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1년부터 5년” 또는 “보험계약의 보험기간 전체”로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.
- ③ 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 “보험계약의 보험기간 전체”로 적용한 경우 최초 보험계약 청약일부터 5년 이내에 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병 및 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병, 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우가 있을 수 있습니다. 이 경우 최초 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약을 적용하지 않습니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
  1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
  2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
  3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
- ⑤ 피보험자가 회사가 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
- ⑦ 제1항의 특정부위는 4개 이내에서, 특정질병은 2개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

### 제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제32조(강제집행 등에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

### 제4조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

## 3. 이륜자동차 운전중 상해 미보장 특별약관

### 제1조(특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 우리 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 특별약관은 “특약”, 우리회사는 “회사”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
- ② 이 특약은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.



## 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 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 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 축차를 붙인것과 배기량 125cc이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50cc미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격출력이 0.59킬로와트미만)인 이륜자동차를 말합니다.
- ③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원 등으로 결정합니다.

## 제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

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

## 제4조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

# 4. 지정대리청구서비스 특별약관

## 제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특약에 적용됩니다.

## 제2조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

## 제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보통약관 또는 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 ‘지정대리청구인’이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 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 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

## 제5조(보험금 지급 등의 절차)

- 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 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

#### 제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

### 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관

#### 제1조(특약의 적용)

이 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)은 손해의 보상을 내용으로 한 특별약관(이하 “보장특약”이라 합니다)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 사전에 합의가 있을 경우에 적용합니다.

#### 제2조(보장특약의 자동갱신)

- ① 보장특약이 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 만기일의 전일까지 회사 또는 계약자중 어느 한쪽으로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 “갱신전 보장특약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장특약의 만기일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 회사가 갱신전의 보장특약이 최종 보험료가 납입되지 않는 때에는 보장특약의 갱신을 적용하지 않습니다.
  1. 갱신된 보장특약(이하 “갱신보장특약”이라 합니다)의 만기일이 사업방법서에서 회사가 정한 기간내일 것
  2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 정한 연령의 범위내일 것
- ② 갱신보장특약의 보험기간은 갱신전 보장특약의 보험기간과 동일한 것으로 한다. 다만, 갱신 후 보장특약의 만기일이 회사가 정한 기간을 초과할 경우에는 회사가 정한 기간까지의 기간을 갱신후 보장특약 보험기간으로 합니다.
- ③ 제1항에 따라 자동갱신되는 경우, 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

#### 제3조(자동갱신 적용)

- ① 회사가 약관 또는 보험료 등(이하 “제도 또는 보험료 등”이라 합니다)을 개정한 경우에는 갱신보장특약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
- ② 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장특약의 보험료에 대하여 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 서면으로 안내하여 드립니다.

#### 제4조(갱신보장특약 제1회 보험료의 납입유예와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전보장특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신보장특약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 갱신보장특약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장계약을 해제합니다.
- ② 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

### 제5조(갱신보장특약의 보장개시)

제2조(보장특약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장특약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

### 제6조(갱신보험료)

보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관에 의하여 자동갱신 되는 보장보험료는 갱신시점에 보험료가 인상될 수 있습니다. 특히, 질병관련 특별약관의 경우 연령증가와 의료비상승률에 연동되어 갱신시점에서 인상된 보험료를 적용하게 됩니다.

### 제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 보통약관 및 해당보장특별약관을 따릅니다.

---

## 별표

---

### 【별표1】 장 해 분 류 표

#### ① 총칙

##### 1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 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 장애 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

##### 2. 신체부위

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

##### 3. 기타

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

## ② 장애분류별 판정기준

### 1. 눈의 장애

#### 가. 장애의 분류

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

#### 나. 장애판정기준

- 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) ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- 4) ‘한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)<sup>주1)</sup>, 안전수지(Finger Counting)<sup>주2)</sup> 상태를 포함한다.
  - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
  - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 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.
  - ① 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
  - ② 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상의 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(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.
- 12) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

## 2. 귀의 장애

### 가. 장애의 분류

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

### 나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가  $\pm 10\text{dB}$  이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- ‘한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- ‘심한 장애를 남긴 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- ‘약간의 장애를 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 장애를 평가한다.

### 다. 컷바퀴의 결손

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

### 라. 평형기능의 장애

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

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

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

### 3. 코의 장애

#### 가. 장애의 분류

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

#### 나. 장애판정기준

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

### 4. 씹어먹거나 말하는 장애

#### 가. 장애의 분류

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

#### 나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
  - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이 외는 섭취하지 못하는 경우
  - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
  - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
  - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
  - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
  - 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경

우

- 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
- 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
- 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
- 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 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) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률을 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

### 5. 외모의 추상(추한 모습)장애

#### 가. 장애의 분류

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

#### 나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 항문 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.



다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

‘손바닥 크기’라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm<sup>2</sup>, 1/4 크기는 20cm<sup>2</sup>), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm<sup>2</sup>, 1/4 크기는 12cm<sup>2</sup>), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm<sup>2</sup>, 1/4 크기는 6cm<sup>2</sup>)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 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 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 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
  - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 인접성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의

전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

- 다) 척추(등뼈)의 기형장해는 『산업재해보상보험법 시행규칙』상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(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, 두 개 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 탈구 등으로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90%이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60%이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40%이상일 때
- 12) ‘추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애’란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) ‘추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애’란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사서서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) ‘추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애’란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

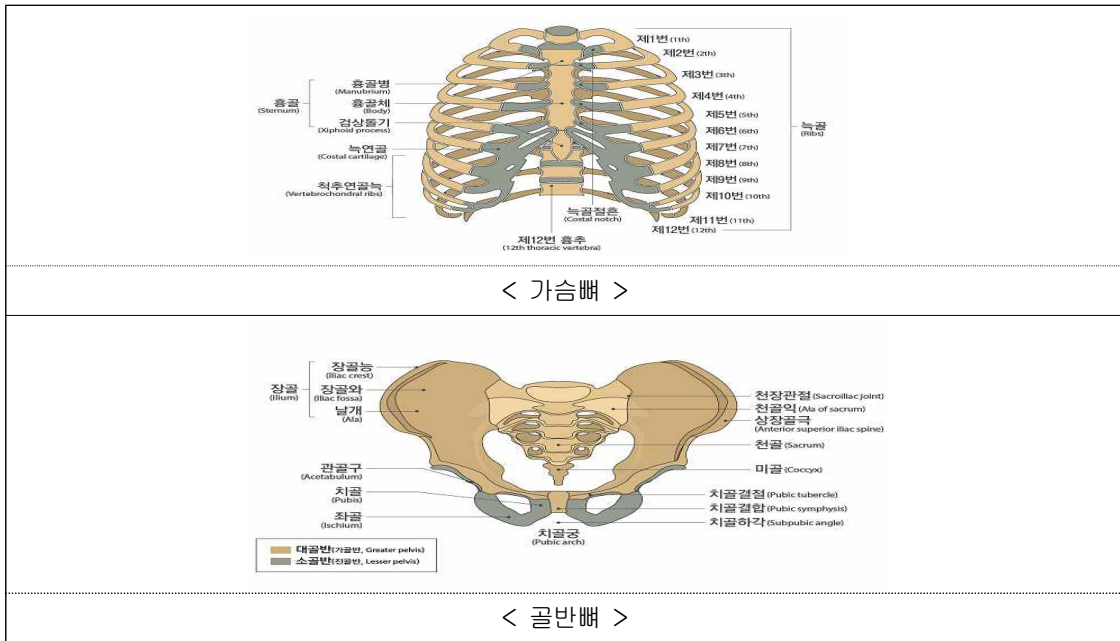
## 7. 체간골의 장애

### 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.



## 8. 팔의 장애

### 가. 장애의 분류

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

### 나. 장애판정기준

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

※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) ‘가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

우

- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
  - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
  - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절<sup>\*)</sup>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 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 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) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상

태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

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



## 11. 발가락의 장애

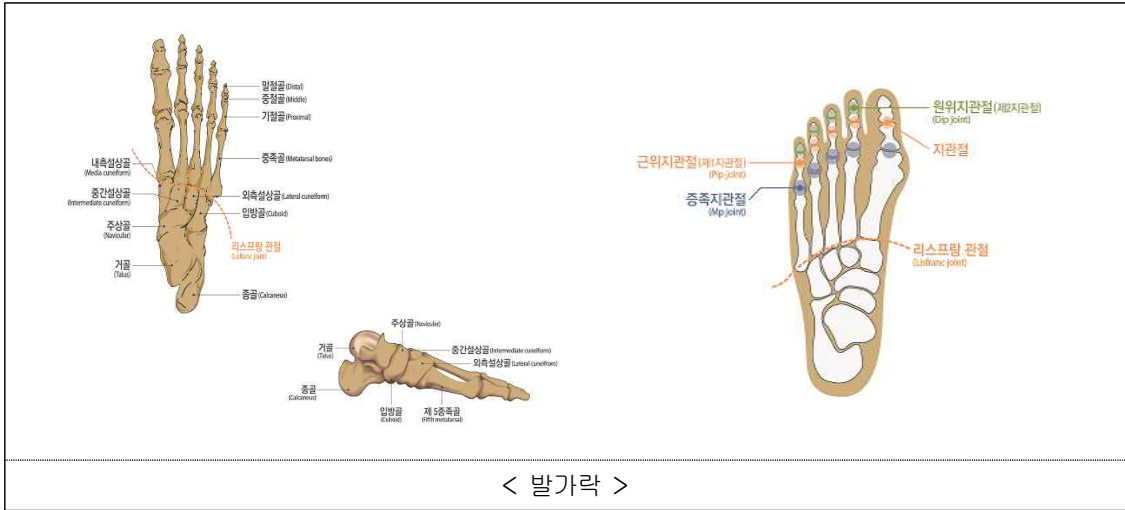
### 가. 장애의 분류

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

### 나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 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) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 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 장애평가지점의 『산업재해보상보험법 시행규칙』 제47조 제1항 및

제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



## 12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

### 가. 장애의 분류

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

### 나. 장애의 판정기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
  - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생도록 받아야 할 때
  - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
  - 나) 소장을 3/4 이상을 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
  - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
  - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
  - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
  - 다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
  - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
  - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
  - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당



하는 때를 말한다.

- 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
- 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
- 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 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 기본동작 중 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 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) ‘정신행동에 극심한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

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

### 3) 치매

- 가) '치매'라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적 기능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 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.

### 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

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

**【별표1-1】  
보험금을 지급할 때의 적립이율 계산**

구분	기간	지 급 이 자
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%)
만기환급금 및 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주)1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.  
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.  
 3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.  
 4. 금리연동형보험의 경우 상기 평균공시이율은 적립순보험료에 대한 적립이율(공시이율 등)을 말합니다.  
 5. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.  
 6. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

**【별표2】  
악성신생물(암) 분류표**

- ① 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
소화기관의 악성신생물	C15-C26
호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물	C30-C39
골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43-C44
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
유방의 악성신생물	C50

대상 악성 신 생물	분 류 번 호
여성생식기관의 악성신생물	C51-C58
남성생식기관의 악성신생물	C60-C63
요로의 악성신생물	C64-C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69-C72
갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73-C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
진성 적혈구증가증	D45
골수형성이상증후군	D46
만성 골수증식질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수성유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 【별표3】 제자리의 신 생물 분류표

- ① 약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

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

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표4】**  
**행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표**

① 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 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 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.  
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표5】**  
**11대특정암 분류표**

① 약관에 규정하는 11대특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83

대상질병명	분류번호
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	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	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
7. 담낭의 악성신생물	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
9. 기관의 악성신생물	C33
10. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
11. 소장외 악성신생물	C17

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 【별표6】 고액치료비암 분류표

- ① 약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85

대상질병명	분류번호
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	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	D47.5

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 【별표7】 3대특정암 분류표

- ① 약관에 규정하는 3대특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 위의 악성신생물	C16
2. 간 및 간내 쓸개관(담관)의 악성신생물	C22
3. 쓸개(담낭)의 악성신생물	C23
4. 기타 및 상세불명 담도부위의 악성신생물	C24
5. 기관의 악성신생물	C33
6. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 【별표8】 남성생식기관연(전립선, 음경, 고환)암 분류표

- ① 약관에 규정하는 남성생식기관연(전립선, 음경, 고환)암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.



대상질병명	분류번호
1. 음경의 악성 신생물	C60
2. 전립선의 악성 신생물	C61
3. 고환의 악성 신생물	C62
4. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표9】**  
**여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암 분류표**

- ① 약관에 규정하는 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 외음의 악성신생물	C51
3. 질의 악성신생물	C52
4. 자궁경부의 악성신생물	C53
5. 자궁체부의 악성신생물	C54
6. 상세불명 자궁부위의 악성신생물	C55
7. 난소의 악성신생물	C56
8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물	C57
9. 태반의 악성신생물	C58

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표10】**  
**비뇨기관(신장,방광,요관)암 분류표**

- ① 약관에 규정하는 비뇨기관(신장,방광,요관)암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
2. 신우의 악성 신생물	C65
3. 요관의 악성 신생물	C66
4. 방광의 악성 신생물	C67
5. 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표11】**  
**위암 및 식도암 분류표**

- ① 약관에 규정하는 위암 및 식도암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 위의 악성 신생물	C16

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표12】**  
**소장암·대장암 및 항문암 분류표**

- ① 약관에 규정하는 소장암·대장암 및 항문암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 소장의 악성신생물	C17
2. 결장의 악성신생물	C18
3. 직장구불결장접합부위의 악성신생물	C19
4. 직장의 악성신생물	C20
5. 항문 및 항문관의 악성신생물	C21

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표 13】**  
**간암 · 담낭암 · 기타담도암 및 췌장암 분류표**

- ① 약관에 규정하는 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
2. 담낭의 악성신생물	C23
3. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
4. 췌장의 악성신생물	C25

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표 14】**  
**심장암 및 뇌암 분류표**

- ① 약관에 규정하는 심장암 및 뇌암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 흉선의 악성 신생물	C37
2. 심장, 종격 및 흉막의 악성신생물	C38
3. 수막의 악성 신생물	C70
4. 뇌의 악성 신생물	C71
5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표 15】**  
**호흡기암 분류표**

① 약관에 규정하는 호흡기암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 후두의 악성신생물	C32
2. 기관의 악성신생물	C33
3. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34

주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.  
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.  
 ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표 16】**  
**림프종 및 백혈병 관련암 분류표**

① 약관에 규정하는 림프종 및 백혈병 관련암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.  
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.  
 ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단

된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표17】**  
**「가사도우미지원 프로그램」 세부내용**

구 분	프로그램 내용	지원횟수
가사도우미지원 프로그램	주방, 욕실, 바닥, 먼지제거, 쓰레기배출, 세탁 등 청소와 관련된 전반적인 서비스 (4시간 기본제공 기준) ※ 상기 청소관련 서비스와 다른 가사관련 도움 서비스를 이용하거나, 기본제공 시간을 초과하여 이용하는 경우 추가요금이 발생할 수 있으며, 제휴업체에서 정한 추가요금을 제휴업체에 별도로 지불하여야 함	100회

주) 가사도우미지원프로그램 세부내용은 생활환경 변화 등을 고려하여 다른 프로그램으로 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경 내용을 계약자에게 안내합니다.

**【별표18】**  
**유방수술 분류표**

유방암으로 인한 유방수술이란 유방의 악성신생물(C50)로 인한 유방수술로서 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)에 의한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.(국제의료행위 분류표(ICD.9- CM)이 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.)

대상이 되는 수술	수술 및 처치 코드
유방절개술	85.0
유방 조직의 절제 또는 파괴	85.2
축소 유방성형술 및 피부밑 유방절제술	85.3
유방절제술	85.4
확대 유방성형술	85.5
유방고정술	85.6
유방의 전체 재건	85.7
유방의 기타 수복 및 성형술	85.8
유방의 기타 수술	85.9
※ 단, 아래 의료 행위는 제외	
- 유방의 흡인	(85.91)
- 유방내 치료약물의 주입	(85.92)

**【별표19】**  
**여성생식기암 분류표**

① 약관에 규정하는 여성생식기암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
여성생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
여성생식기관의 제자리암종	
자궁경부의 제자리암종	D06
자궁내막의 제자리암종	D07.0
외음의 제자리암종	D07.1
질외암종	D07.2
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 제자리암종	D07.3

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표20】**  
**자궁적출수술 분류표**

약관에 규정하는 자궁적출수술은 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대상이 되는 수술	수술 및 처치 코드
복식 부분자궁적출술(Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
복식 전자궁적출술(Total abdominal hysterectomy)	68.4
질식 전자궁적출술(Vaginal hysterectomy)	68.5
복식 근치자궁적출술(Radical abdominal hysterectomy)	68.6
질식 근치자궁적출술(Radical vaginal hysterectomy)	68.7
골반 장기적출술(Pelvic evisceration)	68.8
기타 및 상세불명 자궁적출술(Other and unspecified hysterectomy)	68.9

**【별표21】**  
**급여 항암방사선치료 분류표**

약관에 규정하는 급여 항암방사선치료로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
체외조사에대한방사선모의치료및치료계획	
기본치료계획[1문조사]-제1회	HD010
기본치료계획[1문조사]-제2회부터	HD410
기본치료계획[2문대향조사]-제1회	HD011
기본치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD411
기본치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제1회	HD012
기본치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제2회부터	HD412

대상이 되는 의료행위		수가코드
	전산화방사선치료계획[1문조사]-제1회	HD013
	전산화방사선치료계획[1문조사]-제2회부터	HD413
	전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제1회	HD014
	전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD414
	전산화방사선치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제1회	HD015
	전산화방사선치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제2회부터	HD415
	전산화방사선치료계획[운동조사법]-제1회	HD016
	전산화방사선치료계획[운동조사법]-제2회부터	HD416
	전산화방사선치료계획[수술중방사선치료계획]	HD017
	전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제1회	HD018
	전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제2회부터	HD418
	전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제1회	HD019
	전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제2회부터	HD419
	전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제1회	HD020
	전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제2회부터	HD420
	전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제1회	HD041
	전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제2회부터	HD441
	밀봉소선원치료에대한치료계획및모의치료	
	외부접촉조사치료	HD021
	강내치료,관내치료	HD022
	조직내치료	HD023
	치료보조기구고안및제작-차폐물	HD031
	치료보조기구고안및제작-보상체	HD032
	치료보조기구고안및제작-고정기구	HD033
	전립선암에Iodine-125영구삽입술[계획]	HD040
	체내(체표면)선량측정	HX401
	조사면검교정-필름검교정	HY402
	조사면검교정-전기적영상검교정[2차원]	HY404
	조사면검교정-전기적영상검교정[3차원]	HY405
	체외조사-저에너지방사선치료[1문조사]	HD051
	체외조사-저에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD054
	체외조사-중에너지방사선치료[1문조사]	HD052
	체외조사-중에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD055
	체외조사-고에너지방사선치료[1문조사]	HD053
	체외조사-고에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD056
	회전조사-저에너지방사선치료	HD057
	회전조사-중에너지방사선치료	HD058
	회전조사-고에너지방사선치료	HD059
	입체조형치료	HD061
	개봉선원치료-경구투여방법	HD071
	개봉선원치료-정맥주사방법	HD072
	개봉선원치료-기타방법	HD073
	밀봉소선원치료-외부근접(접촉)조사치료	HD080
	밀봉소선원치료-강내치료[고선량률분할치료]-1치료기간당	HD081
	밀봉소선원치료-강내치료[고선량률분할치료]-치료중단시	HD082
	밀봉소선원치료-강내치료[저선량률분할치료]-방사성선원삽입당일	HD083
	밀봉소선원치료-강내치료[저선량률분할치료]-익일부터	HD084
	밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[고선량률분할치료]-1치료기간당	HD085
	밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[고선량률분할치료]-치료중단시	HD086
	밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[저선량률분할치료]-방사성선원삽입당일	HD087
	밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[저선량률분할치료]-익일부터	HD088
	밀봉소선원치료-방사성입자의자입치료	HD089

대상이 되는 의료행위	수가코드
전신조사-전신	HD091
전신조사-전립선	HD092
전신피부전자선조사	HD093
정위적방사선분할치료	HD110
체부정위적방사선수술-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술-선형가속기이용[1회로치료종결]	HD112
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용[1회로치료종결]	HD212
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	HD115
양성자치료	HD121
세기변조방사선치료	HZ271
전립선암에Iodine-125영구삽입술[치료]	HD150

**【별표22】  
급여 항암약물 분류표**

약관에 규정하는 급여 항암약물은 건강보험심사평가원이 고시하는 「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 분류 중 아래의 분류번호에 해당하는 약제를 말합니다.

분 류	분류코드
부실흔르몬제	245
난포 및 황체호르몬제	247
기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)	249
비타민B제(비타민B1을 제외)	313
기타의 혈액 및 체액용약	339
해독제	392
따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
항악성종양제	421
기타의 종양치료제	429
방사성 의약품	431
주로 악성종양에 작용하는 것	617
기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제	639

**【별표23】  
표적항암제 해당 의약품명 및 성분명**

- ① 아래 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2019년 8월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 “표적항암제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- ② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.



의약품명과 성분명

- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “표적항암제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 afibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오텍립정20밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오텍립정30밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오텍립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙) 인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밍삼합체 bortezomib	벨조밍주1밀리그램(보르테조밍삼합체) 벨조밍주3.5밀리그램(보르테조밍삼합체) 벨케이드주(보르테조밍삼합체) 벨킨주2.5밀리그램(보르테조밍삼합체) 벨킨주3.5밀리그램(보르테조밍삼합체) 보테벨주3.5밀리그램(보르테조밍삼합체) 테조민주2.5밀리그램(보르테조밍삼합체) 테조민주3.5밀리그램(보르테조밍삼합체) 테조벨주(보르테조밍삼합체) 프로테조밍주(보르테조밍삼합체) 프로테조밍주2.5밀리그램(보르테조밍삼합체)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메텍스정20밀리그램(카보잔티닙) 카보메텍스정40밀리그램(카보잔티닙) 카보메텍스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밍 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밍) 키프롤리스주60밀리그램(카르필조밍)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)
10	크리조티닙 crizotinib	썰코리캡슐200밀리그램(크리조티닙) 썰코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염) 라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
12	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정20밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정50밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정70밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
13	엘로티닙염산염 erlotinib	광동엘로티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염) 광동엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 디세바정100밀리그램(엘로티닙염산염) 디세바정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로세타정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로세타정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		<p>엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)  엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)  엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)  타세바정100밀리그램(엘로티닙염산염)  타세바정150밀리그램(엘로티닙염산염)  타세바정25밀리그램(엘로티닙염산염)  타세원정100밀리그램(엘로티닙염산염)  타세원정150밀리그램(엘로티닙염산염)  테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)  테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)  테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)</p>
14	에베로리무스 everolimus	<p>아피니토정10밀리그램(에베로리무스)  아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)  아피니토정5밀리그램(에베로리무스)  에리니토정10mg(에베로리무스)</p>
15	게피티니브 gefitinib	<p>레피사정(게피티니브)  스팩사정250밀리그램(게피티니브)  이레사정(게피티니브)  이레티닙정250밀리그램(게피티니브)  이레피논정(게피티니브)  제피티닙정(게피티니브)</p>
16	이브루티닙 ibrutinib	<p>임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)</p>
17	이매티닙메실산염 imatinib	<p>글로티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)  글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)  글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)  글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)  글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)  글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)  글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)  글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)  글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)  글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)  글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)  글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)  글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)  글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)  루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)  루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)  루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)  류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)  류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)  유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)  이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)  이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)  이매티퀵정400밀리그램(이매티닙메실산염)  이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)  이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)  제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)  제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)  케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)</p>

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		케어백정200밀리그램(이매티닙메실산염) 케어백정400밀리그램(이매티닙메실산염)
18	익사조립시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조립시트레이트) 닌라로캡슐3밀리그램(익사조립시트레이트) 닌라로캡슐4밀리그램(익사조립시트레이트)
19	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙티토실레이트)
20	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염) 렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
21	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물) 타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
23	올무티닙염산염일수화물 olmutinib	올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물) 올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
24	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염) 타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
25	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립) 입랜스캡슐125mg(팔보시클립) 입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
26	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염) 보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
27	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염) 아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
28	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염) 슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
31	소라페닙티토실레이트(미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙티토실레이트(미분화))
32	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
33	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
34	트라메티닙디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드) 매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
35	반데타닙 vandetanib	카프헬사정100밀리그램(반데타닙) 카프헬사정300밀리그램(반데타닙)
36	베우라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베우라페닙)
37	비스모데길 vismodegib	에리벤티캡슐150밀리그램(비스모데길)
38	파노비노스타트락트산염 panobinostat	파리닥캡슐10밀리그램(파노비노스타트락트산염) 파리닥캡슐15밀리그램(파노비노스타트락트산염) 파리닥캡슐20밀리그램(파노비노스타트락트산염)
39	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐5mg(레날리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐10mg(레날리도마이드) 레날도캡슐15mg(레날리도마이드) 레날도캡슐20mg(레날리도마이드) 레날도캡슐25mg(레날리도마이드) 레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드) 레날리드정(레날리도마이드) 레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드) 알보젠레날리도마이드캡슐5밀리그램 알보젠레날리도마이드캡슐10밀리그램 알보젠레날리도마이드캡슐15밀리그램 알보젠레날리도마이드캡슐25밀리그램
40	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
41	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙) 알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙) 알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
42	미도스타우린 midostaurin	라이담연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
43	니라파립 토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
44	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
45	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신) 캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
46	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙) 허셉틴주150밀리그램(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합) 허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙) 허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙) 허주마주150mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합) 허주마주440mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
47	올라라투맙 olaratumab	라트루보주10밀리그램/밀리리터 (올라라투맙,유전자재조합)
48	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
49	엘로투주맙 elotuzumab	엠폴리시티주300밀리그램(엘로투주맙,유전자재조합) 엠폴리시티주400밀리그램(엘로투주맙,유전자재조합)
50	실룩시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실룩시맙,유전자재조합) 실반트주400밀리그램(실룩시맙,유전자재조합)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
51	세특시맵 cetuximab	얼비톡스주5mg/mL(세특시맵)
52	블리나투모맵 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램(블리나투모맵, 유전자재조합)
53	브렌톡시맵베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌톡시맵베도틴)
54	베바시주맵 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맵)
55	리톡시맵 rituximab	맵테라주(리톡시맵)(단클론항체, 유전자재조합) 맵테라피하주사(리톡시맵)(유전자재조합) 트록시마주(리톡시맵)(단클론항체, 유전자재조합)
56	라우시루맵 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터 (라우시루맵, 유전자재조합)
57	다라투무맵 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맵)
58	아테졸리주맵 atezolizumab	티썬트릭주(아테졸리주맵)
59	니블루맵 nivolumab	옵디보주20mg(니블루맵, 유전자재조합) 옵디보주100mg(니블루맵, 유전자재조합) 옵디보주240mg(니블루맵, 유전자재조합)
60	펨브롤리주맵 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맵, 유전자재조합)
61	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램 탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드) 탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드) 탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드) 탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
62	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
63	이필리무맵 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맵, 유전자재조합) 여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맵, 유전자재조합)
64	더발루맵 durvalumab	임핀지주(더발루맵)
65	이노투주맵 오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맵오조가마이신)
66	아벨루맵 avelumab	바벤시오주(아벨루맵)
67	테르토모타이드 염산염 tertomotide	리아백스주(테르토모타이드염산염)
68	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립) 버제니오정100밀리그램(아베마시클립) 버제니오정150밀리그램(아베마시클립) 버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
69	베네토클락스	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	venetoclax	벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)

**【별표24】  
급여 암주요재활치료 분류표**

약관에 규정하는 급여 암주요재활치료로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
단순운동치료[1일당]	MM101
운동치료-복합운동치료[1일당]	MM102
운동치료-등속성운동치료[1일당]	MM103
재활기능치료-매트및이동치료	MM301
재활기능치료-보행치료	MM302
작업치료-단순작업치료	MM111
작업치료-복합작업치료	MM112
작업치료-특수작업치료	MM113
일상생활동작훈련치료[1일당]	MM114
압박치료[1일당]	MM190
복합림프물리치료[1일당]	MM200
연하재활 기능적전기자극치료	MZ008
연하장애재활치료	MX141
항문직장및골반근의생체되먹이기치료[1일당]	MX031

**【별표25】  
급여 신경차단·파괴술 분류표**

약관에 규정하는 급여 신경차단·파괴술로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
지주막하 신경차단술	LA210
경막외 신경차단술-일회성차단	LA321, LA322
경막외 신경차단술-지속적차단	LA222~LA228
경막외 저장기펌프 제거술	LA330
뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	LA340, LA341, LA232~LA234
척수신경말초지차단술	LA241~LA245, LA247~LA249, LA346,

대상이 되는 의료행위		수가코드
	척수신경총, 신경근 및 신경정차단술 교감신경총 및 신경절차단술	LA347, LA270~LA276 LA251, LA253, LA352~LA359 LA261, LA264, LA265, LA361, LA362, LA366, LA367
신경 파괴술	지주막하신경파괴술 경막외신경파괴술 뇌신경및뇌신경말초지파괴술 척수신경및말초지파괴술 교감신경절및신경총파괴술	LB310 LB320 LB331, LB333~LB336 LB341~LB346 LB351, LB353~LB355, LB412, LB413

**【별표26】  
뇌혈관질환 분류표**

- ① 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하 출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	164
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
8. 기타 뇌혈관 질환	167
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	168
10. 뇌혈관 질환의 후유증	169

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.  
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표27】  
뇌졸중 분류표**

- ① 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 【별표28】 뇌출혈 분류표

- ① 약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 【별표29】 허혈성심장질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.



대상질병명	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 【별표30】 급성심근경색증 분류표

- ① 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 【별표31】 주요바이러스질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 주요바이러스질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해

대상질병명	분류번호
1. 급성 C형 간염	B17.1
2. 델타-병원체가 있는 만성 바이러스 B형간염	B18.0
3. 델타-병원체가 없는 만성 바이러스 B형간염	B18.1
4. 만성 바이러스 C형간염	B18.2
5. 감염성 및 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20
6. 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21
7. 기타 명시된 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22
8. 기타 병태를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23
9. 상세불명의 인체면역결핍바이러스병	B24

당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표32】**  
**위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함) 분류표**

- ① 약관에 규정하는 위, 십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호	
위, 십이지장	위의 양성 신생물	D13.1
	십이지장의 양성 신생물	D13.2
	위 및 십이지장의 폴립	K31.7
대장	맹장의 양성 신생물	D12.0
	충수의 양성 신생물	D12.1
	상행결장의 양성 신생물	D12.2
	횡행결장의 양성 신생물	D12.3
	하행결장의 양성 신생물	D12.4
	구불결장의 양성 신생물	D12.5
	상세불명의 양성 신생물	D12.6
	직장구불결장의 양성 신생물	D12.7
	직장의 양성 신생물	D12.8
	직장폴립	K62.1
	결장의 폴립	K63.5

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.  
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표33】**  
**6대기관 양성종양(폴립포함) 분류표**

- ① 약관에 규정하는 6대기관 양성종양(폴립포함)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개

정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명		분류번호
간, 담관 및 췌장	간의 양성신생물, 간내담관의 양성신생물 간외담관의 양성신생물 췌장의 양성신생물	D13.4 D13.5 D13.6
기관지 및 폐	기관지 및 폐의 양성신생물	D14.3
갑상선	갑상선의 양성신생물	D34
남성생식기관	남성생식기관의 양성신생물	D29
여성생식기관	자궁의 평활근종 자궁의 기타 양성신생물 난소의 양성신생물 기타 및 상세불명 여성생식기관의 양성신생물 여성생식기관의 폴립	D25 D26 D27 D28 N84

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.  
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.  
 ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표34】  
급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 분류표**

약관에 규정하는 급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 의료행위		수가코드
내시경 종양제거 수술		Q7611~Q7789, QX706
간	간농양(농종) 수술 가. 개복에 의한 흡입 또는 주입술 나. 배액을 위한 간절개술 다. 조대술 라. 낭종적출술	Q7211 Q7212 Q7213 Q7214
담낭및 담도	담도낭종수술 가. 우회술 나. 절제술 담도종양수술 가. 양성	Q7331 Q7332 Q7341
기관지 및 폐	폐쇄기절제술 가. 단일 나. 2-3개 다. 4-5개 라. 6개 이상 폐구역절제술	O1401 O1403 O1404 O1405 O1410

대상이 되는 의료행위		수가코드
	폐엽절제술 가. 단일폐엽절제술 나. 쌍폐엽절제술 다. 폐엽과 폐구역절제술 라. 소매폐엽절제술	O1421 O1422 O1423 O1424
췌장	췌장가성낭종수술 가. 조대술 나. 외부배액법 다. 내부배액법 췌장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7541 Q7542 Q7543 Q7550
갑상선	갑상선수술 가. 갑상선엽 전절제술 (1) 편측 (2) 양측 나. 갑상선엽 아전절제술 (1) 편측 (2) 양측 갑상선설관낭종절제술	P4551 P4552 P4553 P4554 P4558
남성생식 기관	외성기 종양적출술 가. 양성	R4001
여성생식 기관	외음부 종양적출술 가. 양성 질 종양적출술 가. 양성 자궁근정절제술 가. 복부접근 (1) 단순 (2) 복잡 나. 질부접근 다. 복강경술 (1) 단순 (2) 복잡 자궁경하 자궁근종절제술 가. 3cm 미만 나. 3cm 이상(다발성 포함) 자궁경관점막폴립절제술 자궁경하 자궁내막폴립절제술 부속기 종양 적출술 가. 양성	R4066 R4070 R4124 R4127 R4123 R4128 R4129 R4125 R4126 R4240 R4241 R4421

**【별표35】**  
**특정부위 분류표**

구 분	특 정 부 위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장

구 분	특 정 부 위
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(영치뼈)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)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

**【별표36】  
특정질병 분류표**

① 약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우

는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 지정하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

구분	특정질병	분류코드	항목명
1	담석증	K80	담석증
2	요로결석	N20 N21 N22 N23	신장 및 요관의 결석 하부 요로의 결석 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석 상세불명의 신장 급통증
3	척추질환	M40 M41 M42 M43 M45 M46 M47 M48 M49 M50 M51 M53 M54	척주후만증 및 척주전만증 척주측만증 척추골연골증 기타 변형성 등병증 강직척추염 기타 염증성 척추병증 척추증 기타 척추병증 달리 분류된 질환에서의 척추병증 경추간판장애 기타 추간판 장애 달리 분류되지 않은 기타 등병증 등통증
4	결핵	A15 A16 A17 A18 A19 B90	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵 신경계통의 결핵 기타 기관의 결핵 좁쌀 결핵 결핵의 후유증
5	하지정맥류	I83	하지의 정맥류
6	골반염	N73 N74	기타 여성 골반의 염증성 질환 달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애
7	연골증 관절증 관절염	M00 M01 M02 M03 M05 M06 M07 M08 M09 M10 M11 M12 M13 M14 M15 M16 M17 M18 M19 M93 M94	화농성 관절염 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접감염 반응성 관절병증 달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증 혈청검사양성 류마티스관절염 기타 류마티스관절염 건전성 및 장병증성 관절병증 연소성 관절염 달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염 통풍 기타 결절 관절병증 기타 특정 관절병증 기타 관절염 달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증 다발관절증 고관절증 무릎 관절증 제1수근중수관절의 관절증 기타 관절증 기타 골연골병증 연골의 기타장애
8	심장질환	I00 I01 I02 I05	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열 심장 침범이 있는 류마티스열 류마티스무도병 류마티스성 승모판 질환

구 분	특정질병	분류코드	항 목 명
		I06	류마티스성 대동맥판 질환
		I07	류마티스성 삼첨판 질환
		I08	다발판막 질환
		I09	기타 류마티스심장질환
		I20	협심증
		I21	급성 심근경색증
		I22	후속심근경색증
		I23	급성심근경색증 후 특정 현존 합병증
		I24	기타 급성 허혈심장질환
		I25	만성 허혈심장병
		I26	폐색전증
		I27	기타 폐성 심장질환
		I28	폐혈관의 기타 질환
		I30	급성 심장막염
		I31	기타 심장막의 질환
		I32	달리 분류된 질환에서의 심장막염
		I33	급성 및 아급성 심내막염
		I34	비류마티스성 승모판장애
		I35	비류마티스성 대동맥판장애
		I36	비류마티스성 삼첨판장애
		I37	폐동맥판장애
		I38	상세불명 판막의 심내막염
		I39	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애
		I40	급성 심근염
		I41	달리 분류된 질환에서의 심근염
		I42	심근병증
		I43	달리 분류된 질환에서의 심근병증
		I44	방실차단 및 좌각차단
		I45	기타 전도장애
		I46	심장정지
		I47	발작성 빈맥
		I48	심방세동 및 조동
		I49	기타 심장부정맥
		I50	심부전
		I51	심장병의 불명확한 기록 및 합병증
		I52	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애
9	뇌혈관질환	I60	거미막하출혈
		I61	뇌내출혈
		I62	기타 비외상성 두개내출혈
		I63	뇌경색증
		I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중
		I65	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착
		I66	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착
		I67	기타 뇌혈관 질환
		I68	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애
		I69	뇌혈관질환의 후유증
		G45	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군
		G46	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군
10	고혈압	I10	본태성(원발성) 고혈압
		I11	고혈압성 심장병
		I12	고혈압성 신장병
		I13	고혈압성 심장 및 신장병
		I15	이차성 고혈압
11	당뇨병	E10	1형 당뇨병

구 분	특정질병	분류코드	항 목 명
		E11	2형 당뇨병
		E12	영양실조-관련 당뇨병
		E13	기타 명시된 당뇨병
		E14	상세불명의 당뇨병
		O24	임신중 당뇨병

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 지정하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 지정하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 지정하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 【별표37】 의료기관의 시설규격

<의료법시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 관련>

#### 2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 상기외 법령의 변경으로 변경 또는 추가되는 사항이 있는 경우, 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.



**【별표38】**  
**1~5종 수술 분류표**

1. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm <sup>2</sup> 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25cm <sup>2</sup> 미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 유방절제술(Mammotomy)는 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동 일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 주1)	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관 절(顎 關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간관 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입 술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3

구 분	수술명	수술 종류
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans) 세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 총수(蟲垂)절제술(총수염관련 총수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반 하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1	
비뇨기계 ·생식기계의 수술 (인공임신 중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립 선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
55. 질탈(腔脫)근본수술	1	
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊N腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1

구분	수술명	수술종류
제외]	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	76. 안와내양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주1) 근골(筋骨)의 수술에서 발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외하며, 치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것도 제외합니다.

주2) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

2. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술 종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radicalcurative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5    3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

- 주1) 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 '1. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
- 주2) 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
- 주3) 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
  - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술명	수술 종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

- 주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술 분류표 사용 지침)

1. 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 「1~5종 수술분류표」에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. 「관혈(觀血)」수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. 「근본(根本)」혹은 「근치(根治)」수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. 「관혈적 악성신생물 근치수술」이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제,적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. 「1~5종 수술분류표」 상에 열거되지 않은 선진의료적첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

「1~5종 수술분류표」에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 「수술」의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

- 1) 「1~5종 수술분류표」 상의 수술 이외에 보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 「1~5종 수술분류표」 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
  - 2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 「1~5종수술분류표」 중 「일반질병 및 상해치료 목적의 수술」 88항 (악성신생물의 경우는 「악성신생물 치료목적의 수술」 2항)을 우선 적용합니다.
6. 「악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적방사선 치료」라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. 「두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적방사선 치료」라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두 개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
- 1) 미용성형 목적의 수술
  - 2) 피임(避妊)목적의 수술 및 검사, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
  - 3) 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
  - 4) 기타 「1~5종 수술 분류표」에 해당하지 않는 시술

**【별표39】  
3대질병 분류표**

① 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
1. 악성신생물(암)	1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
	2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
	3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물	C30-C39
	4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
	5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43-C44
	6. 종피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
	7. 유방의 악성신생물	C50
	8. 여성생식기관의 악성신생물	C51-C58
	9. 남성생식기관의 악성신생물	C60-C63
	10. 요로의 악성신생물	C64-C68
	11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69-C72
	12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73-C75
	13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
	14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
	15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
	16. 진성 적혈구증가증	D45

대 상 질 병		분 류 번 호
	17. 골수형성이상증후군 18. 만성 골수증식질환 19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증 20. 골수섬유증 21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D46 D47.1 D47.3 D47.4 D47.5
2. 제자리신생물	1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종 2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종 3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종 4. 제자리흑색종 5. 피부의 제자리암종 6. 유방의 제자리암종 7. 자궁경부의 제자리암종 8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종 9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D00 D01 D02 D03 D04 D05 D06 D07 D09
3. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양 10. 미결정의 단클론감마글로불린병증 11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물 13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37 D38 D39 D40 D41 D42 D43 D44 D47.0 D47.2 D47.7 D47.9 D48
4. 뇌혈관질환	1. 거미막하 출혈 2. 뇌내출혈 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 4. 뇌경색증 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 8. 기타 뇌혈관 질환 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애 10. 뇌혈관 질환의 후유증	I60 I61 I62 I63 I64 I65 I66 I67 I68 I69
5. 허혈성심장질환	1. 협심증 2. 급성 심근경색증 3. 후속심근경색증 4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증 5. 기타 급성 허혈심장질환 6. 만성 허혈심장병	I20 I21 I22 I23 I24 I25

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.  
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표40】**  
**기타관계법규**

**[민법 제27조(실종의 신고)]**

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종 선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

**[신용정보의이용및보호에관한법률 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)]**

- ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.
  - 1. 서면
  - 2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
  - 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
  - 4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
  - 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
- ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.
- ③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.
- ④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.
- ⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.
  - 1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
  - 2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
  - 3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
  - 4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
  - 5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
  - 6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구

하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.

7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
- 9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
- 9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우
- 9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우
  - 가. 양 목적 간의 관련성
  - 나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위
  - 다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
  - 라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부
10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.
- ⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.
- ⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.
- ⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.
- ⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

**[신용정보의이용및보호에관한법률 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)]**

- ① 삭제
- ② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
  1. 개인신용정보를 제공받는 자
  2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
  3. 제공하는 개인신용정보의 내용
  4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
  5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.
- ④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동意的 의사표시를



확인하여 동의를 받는 방식을 말한다.

- ⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용해야 한다.
  1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
  2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
    - 가. 신용정보제공·이용자
    - 나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
    - 다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
  3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수
- ⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
  1. 개인신용정보를 제공하는 자
  2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
  3. 제공받는 개인신용정보의 항목
  4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
  5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검해야 한다.
- ⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다.
  1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
  2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
  3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부
- ⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 해야 한다.
- ⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다.
  1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
  2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
  3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
  4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제9항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
  5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력

을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적

6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
- 가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
- 나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우

7. 삭제

- ⑪ 법 제32조제6항제11호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다.
1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우
  2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
  3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
- ⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다.
- ⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제5조제2항제1호부터 제21호까지의 규정의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.
- ⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.

**[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, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
    - 가. 의원
    - 나. 치과의원
    - 다. 한의원
  2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
  3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
    - 가. 병원
    - 나. 치과병원
    - 다. 한방병원
    - 라. 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
    - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

**[의료법 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 갖추 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 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

**[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의)]**

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 문서로 작성한 것을 말한다.
9. “사전연명의료의향서”란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서로 작성한 것을 말한다.

**[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 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.

**【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제28조(호스피스의 신청)】**

① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사 소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스 전문기관에 신청하여야 한다.

**< 입원형 호스피스 >**

보건복지부 지정 호스피스 전문기관 병동에 입원한 말기암 환자와 가족들에게 호스피스 완화의료 서비스를 제공하는 것

**< 가정형 호스피스 >**

가정에서 지내기를 원하는 말기암 환자와 가족에게 보건복지부 지정전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

**[관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일)]**

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 석제
6. 부처님오신날(음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서의 수시 지정하는 날

**[산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장해의 측정)]**

- ① 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역은 별표4와 같다.
- ② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정된 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역과 별표4의 평균 운동기능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척추의 운동기능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
  1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
  2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

**[금융소비자 보호에 관한 법률 제46조(청약의 철회)]**

- ① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약의 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.
  1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
  2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
    - 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
    - 나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
  3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·채화·용역(이하 이 조에서 “금전·채화등”이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일
    - 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날

- 나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
- ② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.
1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 “서면등”이라 한다)을 발송한 때
  2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때
    - 가. 이미 공급받은 금전·재화등
    - 나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자
    - 다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용
- ③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.
1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
  2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.
  3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
- ④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.
- ⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.
- ⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**[금융소비자 보호에 관한 법률 제2조(정의) 제9호]**

9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
- 가. 국가
  - 나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
  - 다. 대통령령으로 정하는 금융회사
  - 라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
  - 마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

**[금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)]**

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거

절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

- ② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**[자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)]**

「자동차관리법」(이하 “법”이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. <개정 2015.7.7.>

**[자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)][별표1]**

[별표 1] <개정 2014.8.18.>

**자동차의 종류(제2조관련)**

1. 규모별 세부기준

종류	경형	소형	중형	대형
승용자동차	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 초과하는 것
승합자동차	배기량이 1000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 15인 이하인 것으로서 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이중 어느 하나라도 소형을 초과하여 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하여 길이가 9미터 이상인 것
화물자동차	배기량이 1000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하인 것으로서, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수자동차	배기량이 1,000cc미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜자동차	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
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후래임형이거나 4륜구동장치 또는 자동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합	일반형	주목적이 여객운송용인 것

자 동 차	특 수 형	특정한 용도(장의·현철·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화 물 자 동 차	일 반 형	보통의 화물운송용인 것
	덤 프 형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴 형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특 수 용 도 형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특 수 자 동 차	견 인 형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구 난 형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특 수 작 업 형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이 룬 자 동 차	일 반 형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특 수 형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기 타 형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

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 자체적하 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.

## 특약 색인 (가나다순)

- ☞ [암예방지원금 I] 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한) 특별약관
- ☞ [암예방지원금 II] 주요바이러스질환진단비(5년연지급형) 특별약관
- ☞ [암예방지원금 III] 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한) 특별약관
- ☞ [암예방지원금 IV] 갑상선기능항진증치료비(5년연지급형) 특별약관
  
- ☞ 1~5종 수술비 특별약관
- ☞ 11대특정암진단비 특별약관
- ☞ 3대특정암진단비 특별약관
- ☞ 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한) 특별약관
  
- ☞ MRI검사지원비(3대질병,급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관
  
- ☞ 가사도우미지원 프로그램 특별약관
- ☞ 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비 특별약관
- ☞ 갑상선기능항진증치료비 특별약관
- ☞ 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관
- ☞ 계속받는암진단비 특별약관
- ☞ 계속받는유사암진단비(기타피부암,갑상선암,전립선암) 특별약관
- ☞ 계속받는표적항암약물허가치료비(갱신형) 특별약관
- ☞ 계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한) 특별약관
- ☞ 고액치료비암진단비 특별약관
- ☞ 급성심근경색증진단비 특별약관
  
- ☞ 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비 특별약관
- ☞ 뇌졸중진단비 특별약관
- ☞ 뇌출혈진단비 특별약관
- ☞ 뇌혈관질환진단비 특별약관
  
- ☞ 림프종 및 백혈병 관련암 진단비 특별약관
  
- ☞ 말기암호스피스통증완화치료비 특별약관
  
- ☞ 보험료납입지원(암(유사암제외)진단및80%이상후유장해) 특별약관
- ☞ 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비 특별약관
  
- ☞ 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관
- ☞ 상급종합병원암직접치료입원비(1일이상180일한도) 특별약관
- ☞ 상급종합병원암직접치료통원비 특별약관
- ☞ 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관
- ☞ 소장암·대장암 및 항문암 진단비 특별약관
- ☞ 심장암 및 뇌암 진단비 특별약관
  
- ☞ 암80%이상후유장해보험금 특별약관
- ☞ 암사망보험금 특별약관
- ☞ 암수술비(유사암제외) 특별약관
- ☞ 암수술비(유사암제외,1회한) 특별약관
- ☞ 암주요재활치료비(급여,1일1회,연간10회한) 특별약관
- ☞ 암주요통증완화치료비(급여,연간1회한) 특별약관
- ☞ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관
- ☞ 암진단비(유사암및특정소액암제외) 특별약관
- ☞ 암진단비(유사암제외)(가사도우미지원)(갱신형) 특별약관
- ☞ 양성뇌종양진단비 특별약관
- ☞ 양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관
- ☞ 여성생식기암자궁적출수술비 특별약관
- ☞ 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비 특별약관



- ☞ 영양병원암입원비(1일이상90일한도) 특별약관
- ☞ 위,십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한) 특별약관
- ☞ 위암 및 식도암 진단비 특별약관
- ☞ 유방암으로 인한 유방수술비(유사암제외) 특별약관
- ☞ 유사암수술비 특별약관
- ☞ 유사암진단비 특별약관
- ☞ 의료사고법률비용 특별약관
- ☞ 일반상해1~5중수술비 특별약관
- ☞ 일반상해20%이상후유장해보험금 특별약관
- ☞ 일반상해80%이상후유장해보험금 특별약관
- ☞ 일반상해사망보험금 특별약관
- ☞ 일반상해수술비 특별약관
- ☞ 일반상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관
- ☞ 일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관
- ☞ 일반상해후유장해보험금 특별약관
  
- ☞ 주요바이러스질환진단비 특별약관
- ☞ 질병1~5중수술비 특별약관
- ☞ 질병80%이상후유장해보험금 특별약관
- ☞ 질병사망보험금 특별약관
- ☞ 질병수술비 특별약관
- ☞ 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관
- ☞ 질병중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관
  
- ☞ 표적항암약물허가치료비 특별약관
  
- ☞ 항암방사선치료비 특별약관
- ☞ 항암약물치료비 특별약관
- ☞ 항암양성자방사선치료비(갱신형) 특별약관
- ☞ 허혈성심장질환진단비 특별약관
- ☞ 호흡기암진단비 특별약관

고객님, 이제 MG손해보험이 함께 하겠습니다.