

무배당수호천사 NEW 내가만드는보장보험

약관



수호천사 
동양생명

최상의 보험서비스를
제공하는
최우수 아시아 금융회사

...

고객님의 수호천사가 되겠습니다
동양생명을 사랑해주시는
고객 여러분께 감사드립니다



[목 차]

무배당수호천사NEW내가만드는보장보험

1

선택특약 I

[특약약관] 제1편 일반사항

63

개별사항

무배당1-5종재해수술특약A1	74
무배당1-5종질병수술특약A1	95
무배당N대질병수술특약A1	116
무배당N대질병입원특약A1	169
무배당갑상선암호르몬약물허가치료특약(갱신형)	219
무배당계속받는특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)(연간1회한)	233
무배당계속받는표적항암약물허가치료특약(갱신형)(연간1회한)	252
무배당계속받는항암방사선·약물치료특약A1(연간1회한)	276
무배당계속받는항암양성자방사선치료특약(갱신형)(연간1회한)	290
무배당고액치료비암특약A1	304
무배당고액치료비암특약A1(삭감없음)	317
무배당고액치료비암특약A1(암기가입자용)	330
무배당급성심근경색증진단특약A1	342
무배당급성심근경색증혈전용해치료특약A1	352
무배당급여뇌·심장질환5종검사지원특약(갱신형)	362
무배당급여뇌·심장질환혈관조영술검사지원특약(갱신형)	381
무배당급여암MRI검사지원특약(갱신형)	397
무배당급여암특정재활치료특약(갱신형)	416
무배당급여암특정통증완화치료특약(갱신형)	434
무배당급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약(갱신형)	452
무배당급여의료비지원특약(갱신형)(연간1회한)	464
무배당급여의료비지원특약(갱신형)(최초1회한)	478
무배당급여주요뇌심질환특정재활치료특약(갱신형)	494
무배당기타심장부정맥진단특약A1	508
무배당기타피부암및갑상선암주요치료비보장특약A1	518
무배당뇌경색증혈전용해치료특약A1	532
무배당뇌산정특례대상보장특약A1	542
무배당뇌출혈진단특약A1	555
무배당뇌혈관질환수술보장특약A1(최초1회한)	565
무배당뇌혈관질환입원특약A1	585
무배당뇌혈관질환중환자실입원특약A1	597
무배당뇌혈관질환진단특약A1	609
무배당뇌혈관질환통원특약A1	620
무배당독감항바이러스제치료특약(갱신형)	631
무배당바로방사선항암약물치료특약A1	642
무배당바로방사선항암약물치료특약A1_기타피부암,갑상선암제외	655

무배당바로상급종합병원암(소액암제외)통원특약A1	668
무배당바로상급종합병원암통원특약A1	683
무배당바로암(소액암제외)진단비특약A1	703
무배당바로암(소액암제외)통원특약A1	715
무배당바로암통원특약A1	728
무배당방사선항암약물치료특약A1	746
무배당방사선항암약물치료특약A1_기타피부암,갑상선암제외	759
무배당보험료납입면제특약A1	772
무배당보험료납입지원특약(소액암진단)	829
무배당상급종합병원1인실입원특약A1	843
무배당상급종합병원뇌혈관질환입원특약A1	862
무배당상급종합병원뇌혈관질환통원특약A1	878
무배당상급종합병원암(소액암제외)통원특약A1	892
무배당상급종합병원암통원특약A1	909
무배당상급종합병원입원특약A1	931
무배당상급종합병원허혈심장질환입원특약A1	947
무배당상급종합병원허혈심장질환통원특약A1	962
무배당소액암진단비특약A1	975
무배당소액암진단비특약A1(삭감없음)	990
무배당심산정특례대상보장특약A1	1005
무배당암(기타피부암및갑상선암제외)주요치료비보장특약A1	1022
무배당암(소액암제외)수술특약A1(최초1회한)	1039
무배당암(소액암제외)수술특약A1(회당)	1054
무배당암(소액암제외)진단비특약A1	1069
무배당암(소액암제외)진단비특약A1(삭감없음)	1083
무배당암(소액암제외)진단비특약A1(암기가입자용)	1096
무배당암(소액암제외)통원특약A1	1109
무배당암뇌심입원간병인사용특약A1	1122
무배당암다빈치로봇수술특약(갱신형)_암 I 보장형	1144
무배당암다빈치로봇수술특약(갱신형)_암 II 보장형	1159
무배당암산정특례대상보장특약A1	1171
무배당암수술특약A1(최초1회한)	1185
무배당암수술특약A1(회당)	1206
무배당암중환자실입원특약A1	1226
무배당암직접치료입원(요양병원제외)특약A1	1246
무배당암직접치료입원(요양병원제외)특약A1_소액암제외	1266
무배당암통원특약A1	1281
무배당요양병원암입원특약A1	1300
무배당요양병원암입원특약A1_소액암제외	1321
무배당응급실내원특약A1	1337
무배당인공관절치환수술특약A1	1347
무배당입원간병인사용특약A1_체증형	1359
무배당입원간병인사용특약A1_평준형	1377
무배당재정안정지원특약A1_재해장해_20%이상장해형	1395
무배당재정안정지원특약A1_재해장해_50%이상장해형	1431

무배당재정안정지원특약A1_재해장해_80%이상장해형	1468
무배당재정안정지원특약A1_질병장해_20%이상장해형	1505
무배당재정안정지원특약A1_질병장해_50%이상장해형	1541
무배당재정안정지원특약A1_질병장해_80%이상장해형	1577
무배당재해골절·김스치료보장특약A1	1613
무배당재해사망특약A1	1627
무배당재해수술보장(1-7종)특약A1	1639
무배당재해수술특약A1	1680
무배당재해장해보장특약A1_3~100%장해형	1692
무배당재해장해보장특약A1_80%이상장해형	1728
무배당전이암진단특약A1	1763
무배당정기특약A1	1775
무배당종합병원1인실입원특약A1	1785
무배당종합병원암주요치료비보장특약A1	1804
무배당주요양성신생물(폴립포함)치료특약A1	1829
무배당중대한재해수술특약A1	1840
무배당중환자실입원특약A1	1852
무배당질병수술보장(1-7종)특약A1	1864
무배당질병장해보장특약(갱신형)_3~100%장해형	1906
무배당질병장해보장특약A1_3~100%장해형	1942
무배당첫날부터입원특약A1	1978
무배당통합암진단특약A1	1990
무배당특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)	2009
무배당특정심장질환진단특약A1	2029
무배당특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형)	2040
무배당표적항암약물허가치료특약(갱신형)	2060
무배당항암세기조절방사선치료특약(갱신형)	2086
무배당항암양성자방사선치료특약(갱신형)	2100
무배당허혈심장질환수술보장특약A1(최초1회한)	2114
무배당허혈심장질환입원특약A1	2133
무배당허혈심장질환중환자실입원특약A1	2144
무배당허혈심장질환진단특약A1	2156
무배당허혈심장질환통원특약A1	2166
무배당화상보장특약A1	2176

제도성특약

단체취급특약	2191
장애인전용보험전환특약	2196
지정대리청구서비스특약	2204
특별조건부특약	2210
특정신체부위·질병보장제한부인수특약	2219

(별첨) 약관내 관련된 법조항

2235

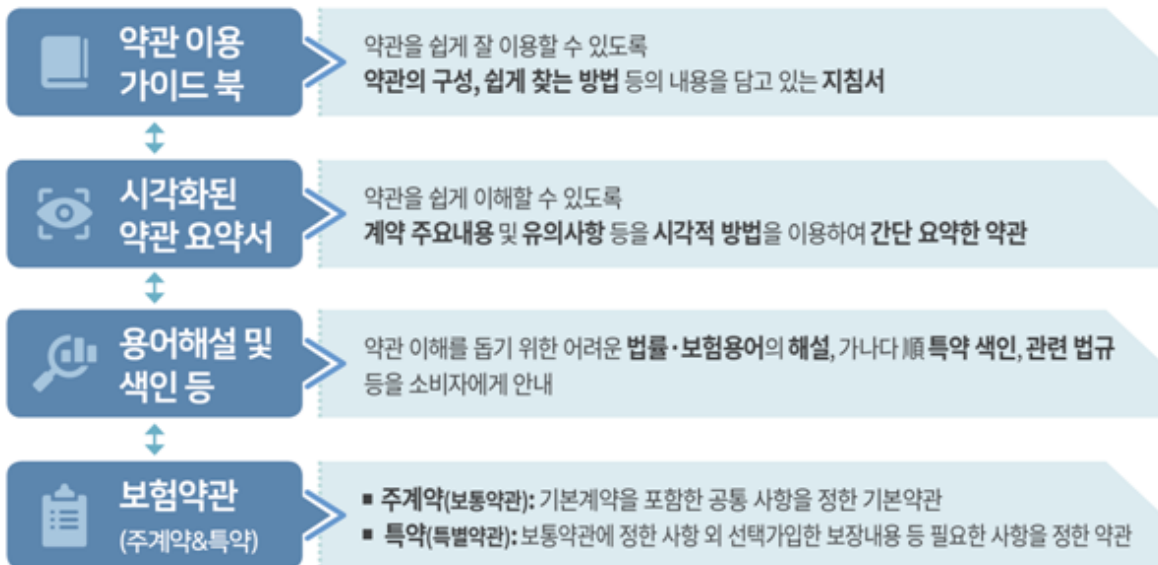


○ 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약에 대해 **보험계약자와 보험회사** 상호간에 이행하여야 할 **권리·의무**를 규정한 중요한 내용입니다. 따라서 전체적인 구성을 먼저 이해하시고 중요한 사항을 반드시 설명 받으시기 바랍니다. 특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항** 등 보험계약의 **중요한 사항**에 대한 자세한 설명이 담겨있으니 반드시 **확인**하시기 바랍니다.

본 서류는 **법령 및 동양생명 내부통제기준에 따른 절차**를 거쳐 제공됩니다.

○ 한 눈에 보는 약관의 구성



○ QR 코드를 통한 편리한 정보이용

QR(Quick Response) 코드란?

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

약관해설 영상

약관해설 동영상

보험금 지급절차

보험금 지급 절차

전국 지점

지점 찾기



○ 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기 (주계약 약관 기준)

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

<p>① 보험금 지급 및 지급제한 사항</p>	<p>제 3 조 【보험금의 지급사유】 p2 제 5 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】 p3</p>	 1. 보험금 지급
<p>※ 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인 필요</p>		
<p>② 청약 철회</p>	<p>제 17 조 【청약의 철회】 p9</p>	 2. 청약철회
<p>③ 계약 취소</p>	<p>제 18 조 【약관교부 및 설명의무 등】 p9</p>	 3. 계약취소
<p>④ 계약 무효</p>	<p>제 19 조 【계약의 무효】 p10</p>	 4. 계약무효
<p>⑤ 계약 전 알릴 의무 및 위반효과</p>	<p>제 14 조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 p6</p>	 5. 계약전알림의무
<p>⑥ 보험료 연체 및 해지</p>	<p>제 26 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지】 p13</p>	 7. 보험료연체해지
<p>⑦ 부활(효력회복)</p>	<p>제 27 조 【“보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약”의 부활(효력회복)】 p14</p>	 8. 부활
<p>⑧ 해약환급금</p>	<p>제 29 조 【“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”】 p15 제 32 조 【해약환급금】 p17</p>	 9. 해약환급금
<p>⑨ 보험계약대출</p>	<p>제 33 조 【보험계약대출】 p17</p>	 10. 보험계약대출



○ 약관을 쉽게 이용할 수 있는 노하우

아래 7 가지 노하우를 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.

약관요약서 |_4~|_23

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

약관 이용 Guide
(핵심 체크항목) |_2

- ③ '특약 색인(索引)'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.

특약 색인 |_0

※ 주계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택 및 가입(단, 의무가입 특약은 제외) 할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있습니다.
※ 특약 색인의 경우 당사 홈페이지(www.myangel.co.kr) 상품공시실에 업로드 된 상품별 약관(pdf)에서 확인할 수 있습니다.

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

보험용어 해설 |_29

- ⑤ 스마트폰으로 QR 코드를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.

약관 이용 Guide
(QR 코드) |_1

- ⑥ '관련법규' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.

약관내 관련된 법조항
(관련법규)

- ⑦ 약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

○ 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.myangel.co.kr), 동양생명 콜센터(1577-1004)로 문의하여 주시기 바랍니다.

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 금융감독원 금융소비자정보 포털(FINE, fine.fss.or.kr)에서 확인 가능합니다.

I. 보험계약의 개요

보험회사명	동양생명보험주식회사
보험상품명	무배당수호천사 NEW 내가만드는보장보험
보험상품의 종목	생명보험

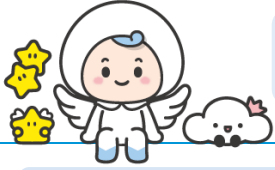
01. 상품의 구성 및 특징

구분	주요 특징
해약환급금 미지급형	사망시 사망보험금 보장
표준형	

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당수호천사 NEW 내가만드는보장보험

- ① 무배당 : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
- ② 보장보험 : 피보험자의 사망 위험을 보장하는 상품입니다.



II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01. 보험금 지급제한사항

이 보험에는 **면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금** 등 **보험금 지급제한 조건**이 부가되어 있습니다. 보다 자세한 사항은 **상품설명서 및 약관**을 참조하시기 바랍니다.

■ 면책기간

면책기간

보험금
미지급

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

구 분	담보명	면책기간
주계약	-	해당없음
계속받는항암방사선·약물치료특약 A1(연간 1 회한)	계속받는항암방사선치료비	90 일
	계속받는항암약물치료비	90 일
고액치료비암특약 A1	고액치료비암진단비	90 일
고액치료비암특약 A1(삭감없음)	고액치료비암진단비	90 일
방사선항암약물치료특약 A1	항암방사선치료비	90 일(암에 한함)
	항암약물치료비	90 일(암에 한함)
방사선항암약물치료특약 A1_기타피부암,갑상선암제외	항암방사선치료비	90 일
	항암약물치료비	90 일
상급종합병원암(소액암제외)통원특약 A1	암직접치료상급종합병원통원자금	90 일
상급종합병원암통원특약 A1	암직접치료상급종합병원통원자금	90 일(암에 한함)
소액암진단비특약 A1(삭감없음)	소액암진단비	90 일
암(소액암제외)진단비특약 A1	암진단비	90 일
암(소액암제외)진단비특약 A1(삭감없음)	암진단비	90 일
암산정특례대상보장특약 A1	중증질환(암)보장보험금	90 일
암(소액암제외)수술특약 A1(최초 1 회한)	암수술비	90 일
암수술특약 A1(최초 1 회한)	암수술비	90 일
암(소액암제외)수술특약 A1(회당)	암수술비	90 일
암수술특약 A1(회당)	암수술비	90 일
암중환자실입원특약 A1	암중환자실입원급여금	90 일
암직접치료입원(요양병원제외)특약 A1_소액암제외	암직접치료입원급여금	90 일
암직접치료입원(요양병원제외)특약 A1	암직접치료입원급여금	90 일(암에 한함)
암(소액암제외)통원특약 A1	암직접치료통원자금	90 일
암통원특약 A1	암직접치료통원자금	90 일(암에 한함)
요양병원암입원특약 A1_소액암제외	요양병원암입원비	90 일
요양병원암입원특약 A1	요양병원암입원비	90 일(암에 한함)

약관 요약서

구 분	담보명	면책기간
전이암진단특약 A1_1 형	림프절전이암진단비	90 일
전이암진단특약 A1_2 형	특정전이암진단비	90 일
통합암진단특약 A1_1 형	위암진단비	90 일
통합암진단특약 A1_2 형	대장암진단비	90 일
통합암진단특약 A1_3 형	간암진단비	90 일
통합암진단특약 A1_4 형	폐암진단비	90 일
통합암진단특약 A1_5 형	식도·췌장·담낭·기타담도암진단비	90 일
통합암진단특약 A1_6 형	남녀생식기암·유방암진단비	90 일
통합암진단특약 A1_7 형	특정암진단비	90 일
계속받는특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)(연간 1 회한)	계속받는특정면역항암약물허가치료비	90 일(암에 한함)
계속받는표적항암약물허가치료특약(갱신형)(연간 1 회한)	계속받는표적항암약물허가치료비	90 일(암에 한함)
계속받는항암양성자방사선치료특약(갱신형)(연간 1 회한)	계속받는항암양성자방사선치료비	90 일(암에 한함)
급여암특정재활치료특약(갱신형)	급여암기본물리치료비	90 일(암에 한함)
	급여암주요재활치료비	90 일(암에 한함)
급여암특정통증완화치료특약(갱신형)	급여암특정통증완화치료비	90 일
독감항바이러스제치료특약(갱신형)	독감항바이러스제치료비	10 일
암다빈치료봇수술특약(갱신형)_암 I 보장형	암다빈치료봇수술비 I	90 일
암다빈치료봇수술특약(갱신형)_암 II 보장형	암다빈치료봇수술비 II	90 일
특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)	특정면역항암약물허가치료보험금	90 일(암에 한함)
특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형)	특정항암호르몬약물허가치료보험금	90 일
표적항암약물허가치료특약(갱신형)	표적항암약물허가치료보험금	90 일(암에 한함)
항암세기조절방사선치료특약(갱신형)	항암세기조절방사선치료비	90 일(암에 한함)
항암양성자방사선치료특약(갱신형)	항암양성자방사선치료비	90 일(암에 한함)
암(기타피부암및갑상선암제외)주요치료비보장특약 A1	암주요치료비	90 일
기타피부암및갑상선암주요치료비보장특약 A1	기타피부암및갑상선암주요치료비	90 일
종합병원암주요치료비보장특약 A1	종합병원암주요치료비 (1 천만원이상 2 천만원미만)	90 일
	종합병원암주요치료비 (2 천만원이상 3 천만원미만)	90 일
	종합병원암주요치료비 (3 천만원이상 4 천만원미만)	90 일

약관 요약서

구분	담보명	면책기간
종합병원암주요치료비보장특약 A1	종합병원암주요치료비 (4 천만원이상 5 천만원미만)	90 일
	종합병원암주요치료비 (5 천만원이상 6 천만원미만)	90 일
	종합병원암주요치료비 (6 천만원이상 7 천만원미만)	90 일
	종합병원암주요치료비 (7 천만원이상 8 천만원미만)	90 일
	종합병원암주요치료비 (8 천만원이상 9 천만원미만)	90 일
	종합병원암주요치료비 (9 천만원이상 1 억원미만)	90 일
	종합병원암주요치료비 (1 억원이상)	90 일

민원 사례

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

➔ 보험회사는 보험가입 후 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내



약관 요약서

■ 감액지급



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

구분	담보명	감액기간 및 비율
주계약	-	해당없음
1-5 종질병수술특약 A1_1 종	1 종 질병수술비	1 년미만 50%
1-5 종질병수술특약 A1_2 종	2 종 질병수술비	1 년미만 50%
1-5 종질병수술특약 A1_3 종	3 종 질병수술비	1 년미만 50%
1-5 종질병수술특약 A1_4 종	4 종 질병수술비	1 년미만 50%
1-5 종질병수술특약 A1_5 종	5 종 질병수술비	1 년미만 50%
N 대질병수술특약 A1_1 형	1 형 질병수술비(260 대질병)	1 년미만 50%
N 대질병수술특약 A1_2 형	2 형 질병수술비(252 대질병)	1 년미만 50%
N 대질병수술특약 A1_3 형	3 형 질병수술비(369 대질병)	1 년미만 50%
N 대질병수술특약 A1_4 형	4 형 질병수술비(61 대질병)	1 년미만 50%
N 대질병수술특약 A1_5 형	5 형 질병수술비(24 대질병)	1 년미만 50%
계속받는항암방사선·약물치료특약 A1(연간 1 회한)	계속받는항암방사선치료비	1 년미만 50%
	계속받는항암약물치료비	1 년미만 50%
고액치료비암특약 A1	고액치료비암진단비	1 년미만 50%
급성심근경색증진단특약 A1	급성심근경색증진단비	1 년미만 50%
기타심장부정맥진단특약 A1	기타심장부정맥진단비	1 년미만 50%
뇌출혈진단특약 A1	뇌출혈진단비	1 년미만 50%
뇌혈관질환수술보장특약 A1(최초 1 회한)	뇌혈관질환수술비	1 년미만 50%
뇌혈관질환진단특약 A1	뇌혈관질환진단비	1 년미만 50%
소액암진단비특약 A1	기타피부암진단비	1 년미만 50%
	갑상선암진단비	1 년미만 50%
	제자리암진단비	1 년미만 50%
	경계성종양진단비	1 년미만 50%
암(소액암제외)진단비특약 A1	암진단비	1 년미만 50% (유방암의 경우 180 일 이전 진단확정시 10%)
암(소액암제외)수술특약 A1(최초 1 회한)	암수술비	1 년미만 50%
암수술특약 A1(최초 1 회한)	암수술비	1 년미만 50%
	기타피부암수술비	1 년미만 50%
	갑상선암수술비	1 년미만 50%
	제자리암수술비	1 년미만 50%
	경계성종양수술비	1 년미만 50%
	암(소액암제외)수술특약 A1(회당)	암수술비
암수술특약 A1(회당)	암수술비	1 년미만 50%
	소액암수술비	1 년미만 50%

약관 요약서

구분	담보명	감액기간 및 비율
입원간병인사용특약 A1_평준형_1 형	입원간병인사용급여금 (요양병원제외)	간병인 사용금액 1 일당 평균 7 만원 미만 사용시 50%
입원간병인사용특약 A1_체증형_1 형	입원간병인사용급여금 (요양병원제외)	간병인 사용금액 1 일당 평균 7 만원 미만 사용시 50%
전이암진단특약 A1_1 형	림프절전이암진단비	1 년미만 50%
전이암진단특약 A1_2 형	특정전이암진단비	1 년미만 50%
주요양성신생물(폴립포함)치료특약 A1	위·십이지장, 대장양성신생물 (폴립 포함)치료비	1 년미만 50%
재정안정지원특약 A1_질병장해_20%이상 장해형	20%이상질병장해생활비	1 년미만 50% (재해 이외의 원인에 한함)
재정안정지원특약 A1_질병장해_50%이상 장해형	50%이상질병장해생활비	1 년미만 50% (재해 이외의 원인에 한함)
재정안정지원특약 A1_질병장해_80%이상 장해형	80%이상질병장해생활비	1 년미만 50% (재해 이외의 원인에 한함)
통합암진단특약 A1_1 형	위암진단비	1 년미만 50%
통합암진단특약 A1_2 형	대장암진단비	1 년미만 50%
통합암진단특약 A1_3 형	간암진단비	1 년미만 50%
통합암진단특약 A1_4 형	폐암진단비	1 년미만 50%
통합암진단특약 A1_5 형	식도·췌장·담낭·기타담도암진단비	1 년미만 50%
통합암진단특약 A1_6 형	남녀생식기암·유방암진단비	1 년미만 50% (유방암의 경우 180 일 이전 진단확정시 10%)
통합암진단특약 A1_7 형	특정암진단비	1 년미만 50%
특정심장질환진단특약 A1	특정심장질환진단비	1 년미만 50%
허혈심장질환수술보장특약 A1(최초 1 회 한)	허혈심장질환수술비	1 년미만 50%
허혈심장질환진단특약 A1	허혈심장질환진단비	1 년미만 50%
갑상선암호르몬약물허가치료특약(갱신형)	갑상선암호르몬약물허가치료보험금	1 년미만 50%
계속받는특정면역항암약물허가치료특약(갱 신형)(연간 1 회한)	계속받는특정면역항암약물허가치료비	1 년미만 50%
계속받는표적항암약물허가치료특약(갱신 형)(연간 1 회한)	계속받는표적항암약물허가치료비	1 년미만 50%
계속받는항암양성자방사선치료특약(갱신 형)(연간 1 회한)	계속받는항암양성자방사선치료비	1 년미만 50%

약관 요약서

구 분	담보명	감액기간 및 비율
급여뇌·심장질환 5 종검사지원특약(갱신형)	급여뇌·심장질환 5 종검사지원비	1 년미만 50% (재해 이외의 원인에 한함)
급여뇌·심장질환혈관조영술검사지원특약 (갱신형)	급여뇌·심장질환혈관조영술검사지원비	1 년미만 50% (재해 이외의 원인에 한함)
급여암 MRI 검사지원특약(갱신형)	급여암 MRI 검사지원비	1 년미만 50%
급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약 (갱신형)	급여 PET 검사지원비	1 년미만 50% (재해 이외의 원인에 한함)
암다빈치로봇수술특약(갱신형)	암다빈치로봇수술비 I	1 년미만 50% (180 일 이전 25% 지급)
암다빈치로봇수술특약(갱신형)	암다빈치로봇수술비 II	1 년미만 50% (180 일 이전 25% 지급)
특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)	특정면역항암약물허가치료보험금	1 년미만 50%
특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형)	특정항암호르몬약물허가치료보험금	1 년미만 50%
표적항암약물허가치료특약(갱신형)	표적항암약물허가치료보험금	1 년미만 50%
항암세기조절방사선치료특약(갱신형)	항암세기조절방사선치료비	1 년미만 50%
항암양성자방사선치료특약(갱신형)	항암양성자방사선치료비	1 년미만 50%
종합병원 1 인실입원특약 A1	종합병원 1 인실입원급여금	1 년미만 50% (재해 이외의 원인에 한함)
상급종합병원 1 인실입원특약 A1	상급종합병원 1 인실입원급여금	1 년미만 50% (재해 이외의 원인에 한함)

약관 요약서

■ 보장한도

보장한도
최초
1회한

보장한도
보험금
지급한도 적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

구분	담보명	보장한도
주계약	-	해당없음
1-5 종재해수술특약 A1_1 종	1 종 재해수술비	동일사고당 1 회한
1-5 종재해수술특약 A1_2 종	2 종 재해수술비	동일사고당 1 회한
1-5 종재해수술특약 A1_3 종	3 종 재해수술비	동일사고당 1 회한
1-5 종재해수술특약 A1_4 종	4 종 재해수술비	동일사고당 1 회한
1-5 종재해수술특약 A1_5 종	5 종 재해수술비	동일사고당 1 회한
1-5 종질병수술특약 A1_1 종	1 종 질병수술비	동일질병당 1 회한
1-5 종질병수술특약 A1_2 종	2 종 질병수술비	동일질병당 1 회한
1-5 종질병수술특약 A1_3 종	3 종 질병수술비	동일질병당 1 회한
1-5 종질병수술특약 A1_4 종	4 종 질병수술비	동일질병당 1 회한
1-5 종질병수술특약 A1_5 종	5 종 질병수술비	동일질병당 1 회한
N 대질병수술특약 A1_1 형	1 형 질병수술비(260 대질병)	동일질병당 1 회한
N 대질병수술특약 A1_2 형	2 형 질병수술비(252 대질병)	동일질병당 1 회한
N 대질병수술특약 A1_3 형	3 형 질병수술비(369 대질병)	동일질병당 1 회한
N 대질병수술특약 A1_4 형	4 형 질병수술비(61 대질병)	동일질병당 1 회한
N 대질병수술특약 A1_5 형	5 형 질병수술비(24 대질병)	동일질병당 1 회한
N 대질병입원특약 A1_경증 163 대	경증 163 대 질병입원비	120 일 한도
N 대질병입원특약 A1_1 형	1 형 질병입원비(260 대질병)	120 일 한도
N 대질병입원특약 A1_2 형	2 형 질병입원비(252 대질병)	120 일 한도
N 대질병입원특약 A1_3 형	3 형 질병입원비(369 대질병)	120 일 한도
N 대질병입원특약 A1_4 형	4 형 질병입원비(61 대질병)	120 일 한도
N 대질병입원특약 A1_5 형	5 형 질병입원비(24 대질병)	120 일 한도
계속받는항암방사선·약물치료특약 A1(연간 1 회한)	계속받는항암방사선치료비	연간 1 회한
	계속받는항암약물치료비	연간 1 회한
고액치료비암특약 A1	고액치료비암진단비	최초 1 회한
고액치료비암특약 A1(삭감없음)	고액치료비암진단비	최초 1 회한
고액치료비암특약 A1(암기가입자용)	고액치료비암진단비	최초 1 회한
급성심근경색증진단특약 A1	급성심근경색증진단비	최초 1 회한
급성심근경색증혈전용해치료특약 A1	급성심근경색증혈전용해치료비	최초 1 회한
기타심장부정맥진단특약 A1	기타심장부정맥진단비	최초 1 회한
뇌경색증혈전용해치료특약 A1	뇌경색증혈전용해치료비	최초 1 회한
뇌산정특례대상보장특약 A1	중증질환(뇌혈관질환)보장보험금	연간 1 회한
뇌출혈진단특약 A1	뇌출혈진단비	최초 1 회한
뇌혈관질환수술보장특약 A1(최초 1 회한)	뇌혈관질환수술비	최초 1 회한
뇌혈관질환입원특약 A1	뇌혈관질환입원자금	120 일 한도

약관 요약서

구분	담보명	보장한도
뇌혈관질환중환자실입원특약 A1	뇌혈관질환중환자실입원급여금	60 일 한도
뇌혈관질환진단특약 A1	뇌혈관질환진단비	최초 1 회한
뇌혈관질환통원특약 A1	뇌혈관질환통원자금	1 일 1 회한, 연간 30 회한
방사선헬암약물치료특약 A1	항암방사선치료비	최초 1 회한
	항암약물치료비	최초 1 회한
방사선헬암약물치료특약 A1_기타피부암, 갑상선암제외	항암방사선치료비	최초 1 회한
	항암약물치료비	최초 1 회한
상급종합병원뇌혈관질환입원특약 A1	뇌혈관질환상급종합병원입원자금	120 일 한도
상급종합병원뇌혈관질환통원특약 A1	뇌혈관질환상급종합병원통원자금	1 일 1 회한, 연간 30 회한
상급종합병원입원특약 A1	상급종합병원입원급여금	120 일 한도
상급종합병원허혈심장질환입원특약 A1	허혈심장질환상급종합병원입원자금	120 일 한도
상급종합병원허혈심장질환통원특약 A1	허혈심장질환상급종합병원통원자금	1 일 1 회한, 연간 30 회한
소액암진단비특약 A1	기타피부암진단비	최초 1 회한
	갑상선암진단비	최초 1 회한
	제자리암진단비	최초 1 회한
	경계성종양진단비	최초 1 회한
소액암진단비특약 A1(삭감없음)	소액암진단비	최초 1 회한
심산정특례대상보장특약 A1	중증질환(심장질환)보장보험금	연간 1 회한
암(소액암제외)진단비특약 A1	암진단비	최초 1 회한
암(소액암제외)진단비특약 A1(삭감없음)	암진단비	최초 1 회한
암(소액암제외)진단비특약 A1(암기가입자 용)	암진단비	최초 1 회한
암뇌심입원간병인사용특약 A1	암뇌심입원사용급여금(요양병원제외)	180 일 한도
	암뇌심입원사용급여금(요양병원)	180 일 한도
	암뇌심입원간호·간병통합서비스사용급여금	180 일 한도
암산정특례대상보장특약 A1	중증질환(암)보장보험금	최초 1 회한
암(소액암제외)수술특약 A1(최초 1 회한)	암수술비	최초 1 회한
암수술특약 A1(최초 1 회한)	암수술비	최초 1 회한
	기타피부암수술비	최초 1 회한
	갑상선암수술비	최초 1 회한
	제자리암수술비	최초 1 회한
	경계성종양수술비	최초 1 회한
암중환자실입원특약 A1	암중환자실입원급여금	60 일 한도
암직접치료입원(요양병원제외)특약 A1_소 액암제외	암직접치료입원급여금	120 일 한도

약관 요약서

구분	담보명	보장한도
암직접치료입원(요양병원제외)특약 A1	암직접치료입원급여금	120 일 한도
요양병원암입원특약 A1_소액암제외	요양병원암입원비	60 일 한도
요양병원암입원특약 A1	요양병원암입원비	60 일 한도
입원간병인사용특약 A1_평준형	입원간병인사용급여금(요양병원제외)	180 일 한도
	입원간병인사용급여금(요양병원)	180 일 한도
	입원간호·간병통합서비스사용급여금	180 일 한도
입원간병인사용특약 A1_체증형	입원간병인사용급여금(요양병원제외)	180 일 한도
	입원간병인사용급여금(요양병원)	180 일 한도
	입원간호·간병통합서비스사용급여금	180 일 한도
재정안정지원특약 A1_재해장해	20%이상재해장해생활비	최초 1 회한
	50%이상재해장해생활비	최초 1 회한
	80%이상재해장해생활비	최초 1 회한
재해수술보장(1-7 종)특약 A1	재해수술비	입원·통원당 수술 1 회한, 수술코드당 연간 3 회한
재해수술특약 A1	재해수술비	동일사고당 1 회한
재해장해보장특약 A1_80%이상장해형	재해고도장해보험금	최초 1 회한
전이암진단특약 A1_1 형	림프절전이암진단비	최초 1 회한
전이암진단특약 A1_2 형	특정전이암진단비	최초 1 회한
주요양성신생물(폴립포함)치료특약 A1	위·십이지장, 대장양성신생물(폴립 포함)치료비	연간 1 회한
중환자실입원특약 A1	중환자실입원급여금	60 일 한도
재정안정지원특약 A1_질병장해	20%이상질병장해생활비	최초 1 회한
	50%이상질병장해생활비	최초 1 회한
	80%이상질병장해생활비	최초 1 회한
질병수술보장(1-7 종)특약 A1	질병수술비	입원·통원당 수술 1 회한, 수술코드당 연간 3 회한
첫날부터입원특약 A1	입원급여금	120 일 한도
통합암진단특약 A1_1 형	위암진단비	최초 1 회한
통합암진단특약 A1_2 형	대장암진단비	최초 1 회한
통합암진단특약 A1_3 형	간암진단비	최초 1 회한
통합암진단특약 A1_4 형	폐암진단비	최초 1 회한
통합암진단특약 A1_5 형	식도·췌장·담낭·기타담도암진단비	최초 1 회한
통합암진단특약 A1_6 형	남녀생식기암·유방암진단비	최초 1 회한
통합암진단특약 A1_7 형	특정암진단비	최초 1 회한
특정심장질환진단특약 A1	특정심장질환진단비	최초 1 회한
허혈심장질환수술보장특약 A1(최초 1 회한)	허혈심장질환수술비	최초 1 회한
허혈심장질환입원특약 A1	허혈심장질환입원자금	120 일 한도
허혈심장질환중환자실입원특약 A1	허혈심장질환중환자실입원급여금	60 일 한도

약관 요약서

구분	담보명	보장한도
허혈심장질환진단특약 A1	허혈심장질환진단비	최초 1 회한
허혈심장질환통원특약 A1	허혈심장질환통원자금	1 일 1 회한, 연간 30 회한
화상보장특약 A1	화상입원비	3 일초과 120 일 한도
	특정화상진단비	연간 1 회한
	3 도화상진단비	최초 1 회한
갑상선암호르몬약물허가치료특약(갱신형)	갑상선암호르몬약물허가치료보험금	최초 1 회한
계속받는특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)(연간 1 회한)	계속받는특정면역항암약물허가치료비	연간 1 회한
계속받는표적항암약물허가치료특약(갱신형)(연간 1 회한)	계속받는표적항암약물허가치료비	연간 1 회한
계속받는항암양성지방사선치료특약(갱신형)(연간 1 회한)	계속받는항암양성지방사선치료비	연간 1 회한
급여뇌·심장질환 5 종검사지원특약(갱신형)	급여뇌·심장질환 5 종검사지원비	연간 1 회한
급여뇌·심장질환혈관조영술검사지원특약(갱신형)	급여뇌·심장질환혈관조영술검사지원비	연간 1 회한
급여암 MRI 검사지원특약(갱신형)	급여암 MRI 검사지원비	연간 1 회한
급여암특정재활치료특약(갱신형)	급여암기본물리치료비	입원·통원 각 1 일 1 회한, 합산 연간 20 회한
	급여암주요재활치료비	입원·통원 각 1 일 1 회한, 합산 연간 20 회한
급여암특정통증완화치료특약(갱신형)	급여암특정통증완화치료비	연간 1 회한
급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약(갱신형)	급여 PET 검사지원비	연간 1 회한
급여의료비지원특약(갱신형)(연간 1 회한)	급여의료비지원금(1 백만원이상 2 백만원 미만)	연간 1 회한
	급여의료비지원금(2 백만원이상 3 백만원 미만)	연간 1 회한
	급여의료비지원금(3 백만원이상 5 백만원 미만)	연간 1 회한
	급여의료비지원금(5 백만원이상 1 천만원 미만)	연간 1 회한
	급여의료비지원금(1 천만원이상)	연간 1 회한
급여의료비지원특약(갱신형)(최초 1 회한)	급여의료비지원금(1 백만원이상)	최초 1 회한
	급여의료비지원금(2 백만원이상)	최초 1 회한
	급여의료비지원금(3 백만원이상)	최초 1 회한
	급여의료비지원금(5 백만원이상)	최초 1 회한
	급여의료비지원금(1 천만원이상)	최초 1 회한
급여주요뇌심장질환특정재활치료특약(갱신형)	급여주요뇌심장질환특정재활치료비	입원·통원 각 1 일 1 회한, 합산 연간 100 회한

약관 요약서

구분	담보명	보장한도
독감항바이러스제치료특약(갱신형)	독감항바이러스제치료비	연간 1 회한
암다빈치로봇수술특약(갱신형)	암다빈치로봇수술비 I	최초 1 회한
암다빈치로봇수술특약(갱신형)	암다빈치로봇수술비 II	최초 1 회한
특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)	특정면역항암약물허가치료보험금	최초 1 회한
특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형)	특정항암호르몬약물허가치료보험금	최초 1 회한
표적항암약물허가치료특약(갱신형)	표적항암약물허가치료보험금	최초 1 회한
항암세기조절방사선치료특약(갱신형)	항암세기조절방사선치료비	최초 1 회한
항암양성자방사선치료특약(갱신형)	항암양성자방사선치료비	최초 1 회한
보험료납입지원특약(소액암진단)	보험료납입지원금(소액암진단)	최초 1 회한
바로방사선항암약물치료특약 A1	항암방사선치료비	최초 1 회한
	항암약물치료비	최초 1 회한
바로방사선항암약물치료특약 A1_기타피부암,갑상선암제외	항암방사선치료비	최초 1 회한
	항암약물치료비	최초 1 회한
바로암(소액암제외)진단비특약 A1	암진단비	최초 1 회한
종합병원 1 인실입원특약 A1	종합병원 1 인실입원급여금	1 회 입원당 입원일수 30 일 한도
상급종합병원 1 인실입원특약 A1	상급종합병원 1 인실입원급여금	1 회 입원당 입원일수 30 일 한도
암(기타피부암및갑상선암제외)주요치료비보장특약 A1	암주요치료비	연간 1 회한, 최대 5 년
기타피부암및갑상선암주요치료비보장특약 A1	기타피부암및갑상선암주요치료비	연간 1 회한, 최대 5 년
종합병원암주요치료비보장특약 A1	종합병원암주요치료비 (1 천만원이상 2 천만원미만)	연간 1 회한, 최대 5 년
	종합병원암주요치료비 (2 천만원이상 3 천만원미만)	연간 1 회한, 최대 5 년
	종합병원암주요치료비 (3 천만원이상 4 천만원미만)	연간 1 회한, 최대 5 년
	종합병원암주요치료비 (4 천만원이상 5 천만원미만)	연간 1 회한, 최대 5 년
	종합병원암주요치료비 (5 천만원이상 6 천만원미만)	연간 1 회한, 최대 5 년
	종합병원암주요치료비 (6 천만원이상 7 천만원미만)	연간 1 회한, 최대 5 년
구분	담보명	보장한도
종합병원암주요치료비보장특약 A1	종합병원암주요치료비	연간 1 회한, 최대 5 년

약관 요약서

	(7 천만원이상 8 천만원미만)	
	종합병원암주요치료비 (8 천만원이상 9 천만원미만)	연간 1 회한, 최대 5 년
	종합병원암주요치료비 (9 천만원이상 1 억원미만)	연간 1 회한, 최대 5 년
	종합병원암주요치료비 (1 억원이상)	연간 1 회한, 최대 5 년



II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

02. 해약환급금에 관한 사항

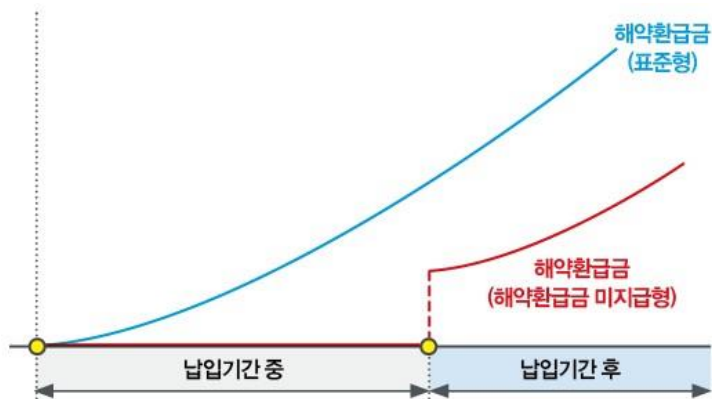
◎ 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.

해약환급금
0원
[납입기간중해지시]

해약환급금
적음
[납입기간후해지시]



- ① 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.
※ 해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결 유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급
- ② **납입기간 이내** 보험계약을 해지할 경우 **해약환급금이 없습니다.**
- ② **납입기간 이후** 보험계약을 해지할 경우 **해약환급금이 적습니다.**



03. 갱신 시 보험료 인상 가능성

◎ 이 보험에는 갱신 시 보험료가 변동되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.

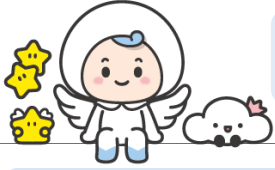
보험료 갱신형
보험료
↑
가면 갱신시갱 갱신시갱



갱신형 계약은 **갱신할 때** **마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약

갑상선항암호르몬약물허가치료특약(갱신형), 계속받는특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)(연간 1 회한), 계속받는표적항암약물허가치료특약(갱신형)(연간 1 회한), 계속받는항암양성자방사선치료특약(갱신형)(연간 1 회한), 급여뇌·심장질환 5 종검사지원특약(갱신형), 급여뇌·심장질환혈관조영술검사지원특약(갱신형), 급여암 MRI 검사지원특약(갱신형), 급여암특정재활치료특약(갱신형), 급여암특정통증완화치료특약(갱신형), 급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약(갱신형), 급여의료비지원특약(갱신형)(연간 1 회한), 급여의료비지원특약(갱신형)(최초 1 회한), 급여주요뇌심질환특정재활치료특약(갱신형), 독감항바이러스제치료특약(갱신형), 암다빈치료봇수술특약(갱신형)_암 I 보장형, 암다빈치료봇수술특약(갱신형)_암 II 보장형, 특정면역항암약물허가치료특약(갱신형), 특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형), 표적항암약물허가치료특약(갱신형), 항암세기조절방사선치료특약(갱신형), 항암양성자방사선치료특약(갱신형), 질병장해보장특약(갱신형)_3~100%장해형



II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

04. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

① 보장성보험



- ① 이 보험은 사망 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 종신보험(주계약)과 보험기간이 다릅니다.**
(특약의 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.)

② 예금자보험제도에 관한 사항



- ① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.
- ② 예금자보호 한도는 예금자보호법에 따라 **해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1 인당 “5 천만원까지”**(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 **보호상품의 사고보험금**을 합산한 금액이 **1 인당 “5 천만원까지”** 보호됩니다.



Ⅲ. 보험계약의 일반사항

01. 청약을 철회할 수 있는 권리

보험계약자는 **보험증권을** 받은 날부터 **15일 이내**에 다음 중 한 가지에 해당하는 때를 제외하고 **청약을 철회** 할 수 있습니다. 청약 철회한 경우 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려 드립니다.



[청약철회가 불가한 경우]

- **청약을 한 날부터 30일**(다만, 만 65세 이상 보험계약자가 전화를 이용하여 계약을 체결한 경우에는 45일로 합니다)을 초과한 경우
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 **90일 이내인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 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

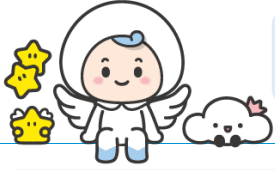


03. 보험계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

※ 상품에 따라 이외의 추가적인 무효사유가 있을 수 있으니 **약관 본문**을 확인하시기 바랍니다.



Ⅲ. 보험계약의 일반사항

04. 보험계약前 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자 또는 피보험자는 **청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재**하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사에게 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.



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

민원 사례



A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 00질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구

→ 보험회사는 **보험계약이 해지될과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**

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

※ 해당 보험상품의 종류가 **“상해보험”** 또는 **“실손의료보험”**인 경우 더욱 유의하시기 바랍니다.

보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경** 등이 발생한 경우 **지체 없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 위반하는 경우 **보험금 지급이 제한될 수** 있습니다.

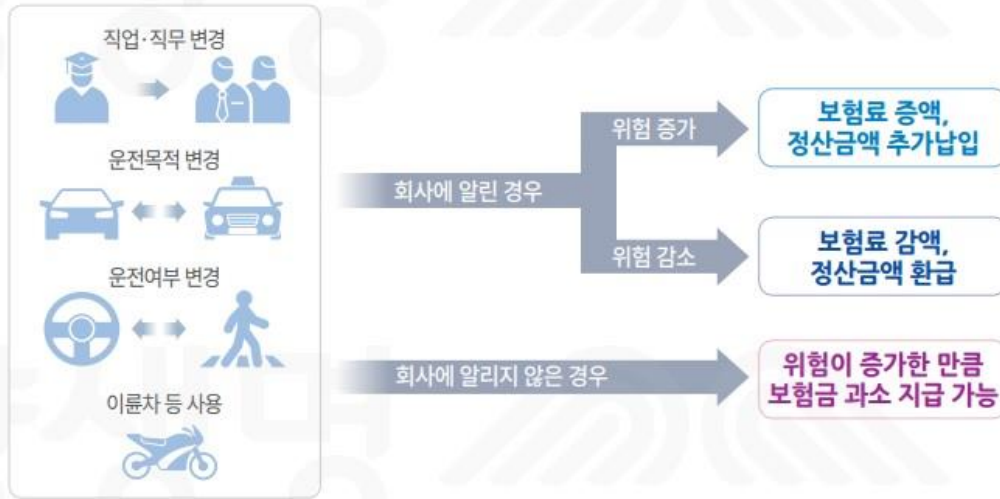
보험회사는 피보험자의 **직업·직무 변경** 등으로

- ① 위험이 감소한 경우 **보험료를 감액**하고 **정산금액을 환급**하여 드리며,
- ② 위험이 증가한 경우 **보험료가 증액**되고 **정산금액의 추가 납입이 필요**할 수 있습니다.



Ⅲ. 보험계약의 일반사항

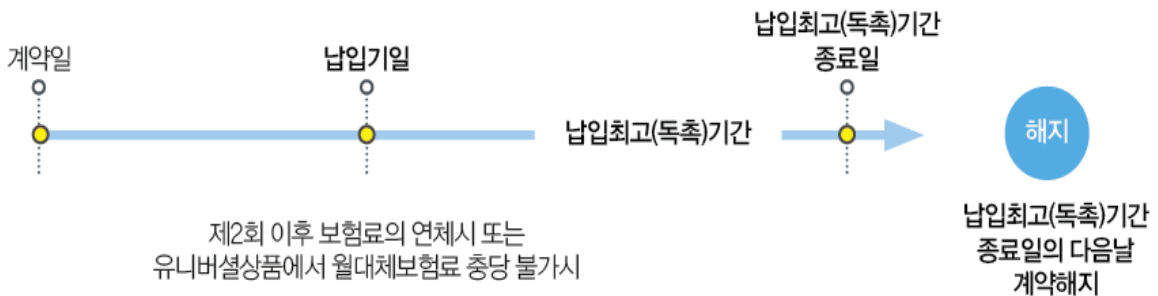
05. 보험계약後 알릴의무 및 위반시 효과



06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

보험계약자가 제 2 회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날로 함)으로 정하고, 그때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약을 해지합니다.

(예시) 보험료의 납입연체 및 계약의 해지



07. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금을 받지 않은 경우** 보험계약자는 해지된 날부터 **3년** 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 **부활(효력회복)**을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 **부활(효력회복)**을 거절하거나 **보장의 일부**를 제한할 수 있습니다.



Ⅲ. 보험계약의 일반사항

08. 보험계약대출

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약 대출을 받을 수 있습니다.

- ! ① 상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.
- 주의 ② 순수보장성보험 등 보험상품 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
- ③ 보험계약자는 대출신청 전에 보험계약대출이율을 반드시 확인하시기 바랍니다.

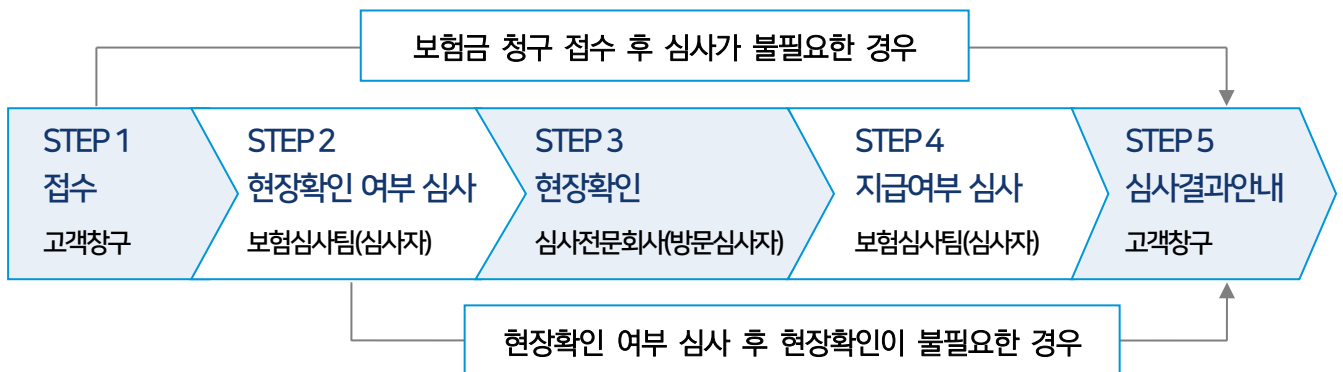
<예시>

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



09. 보험금 청구절차 및 서류

[보험금의 지급절차]



- 회사는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 **3 영업일** 이내에 보험금을 지급합니다.
- 또한, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 지급함이 원칙이나, 이보다 늦어질 경우에는 지급 지연에 대한 이자를 지급합니다(다만, 의료기관 등에 대한 회사의 서면 조사요청에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 지급지연 이자가 지급되지 않습니다).



Ⅲ. 보험계약의 일반사항

09. 보험금 청구절차 및 서류

! **주의** 소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

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

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

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.

개인신용정보 제공, 이용에 대한 고객 권리 안내

(1) 금융서비스 이용 범위

- 가. 고객의 개인신용정보는 고객이 동의한 활용 목적만으로 사용되며, 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용동의 여부와 관계없이 금융서비스를 이용하실 수 있습니다.
- 나. 고객은 영업장, 인터넷 등 다양한 채널을 통하여 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 금융회사가 본인의 개인신용정보(본인정보)를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공 및 금융상품 소개, 구매 권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대한 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스 및 상품 서비스 등을 제공받지 못할 수 있습니다.

(2) 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제 35 조에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공할 경우 제공한 본인정보의 주요내용 등을 통보 요구할 수 있습니다.

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제 36 조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭, 주소, 연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사(당사)에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제 37 조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단시킬 수 있습니다. 다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해서 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.

① 동의 철회권

고객이 회사가 본인정보를 제3자에게 제공하는 것을 중지하도록 요청하는 권리입니다. 단, 금융거래를 체결한 금융회사에 대한 본인정보 활용중단 및 개인신용평가를 위한 신용정보집중기관, 신용정보회사, 업무위탁사 등에 대한 정보제공 동의철회는 제한됩니다.

② 연락중지 청구권 (Do-not Call)제도

고객이 회사가 본인정보를 제3자에게 제공하는 것을 중지하도록 요청하는 권리입니다. 단, 금융거래를 체결한 금융회사에 대한 본인정보 활용중단 및 개인신용평가를 위한 신용정보집중기관, 신용정보회사, 업무위탁사 등에 대한 정보제공 동의철회는 제한됩니다.

개인신용정보 제공, 이용에 대한 고객 권리 안내

③ 신청방법

- 방문: 동양생명 CS 센터 및 고객창구에서 신청
- 인터넷: www.myangel.co.kr 로 신청
- 전화: 콜센터(1577-1004)로 유선 신청

※ 신청자 제한

- 신청은 신용정보주체 (계약자 또는 대출신청인)에 한함(배우자, 가족 등 제3자는 신청 불가)
- 신규 거래 고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청하실 수 없습니다.
신용정보의 제공·조회·이용 및 위 권리행사와 관련하여 불편하신 사항이 있는 경우에는 아래로 연락하시기 바랍니다.

라. 조회·열람 및 정정·삭제 청구

고객은 CS 센터, 동양생명 콜센터(1577-1004), 인터넷 홈페이지 이용의 방법으로 본인임을 확인받아 저희 회사가 보유하고 있는 고객님의 정보를 제공 또는 열람을 청구할 수 있으며, 이 경우 회사는 서면, 전자문서, 인터넷 홈페이지 사이버창구를 통하여 제공 또는 열람할 수 있도록 조치하여 드립니다.

제공 또는 열람한 고객님의 정보가 사실과 다른 경우에는 정정·삭제를 요구하실 수 있으며, 이 경우 회사는 정정·삭제청구가 정당한 사유가 있다고 인정되면 지체없이 해당 신용정보의 제공·이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 적의 조치한 후 그 처리결과를 7일 이내에 알려드립니다. (다만, 법률에 특별한 규정이 있는 경우, 다른 사람의 생명·신체를 해할 우려가 있거나 다른 사람의 재산과 그 밖의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있는 경우 등에는 열람·정정·삭제가 제한 또는 거절될 수 있음) 고객은 신용정보회사 등이 보유하는 본인정보의 열람청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정요구 및 정정처리 결과에 이의가 있는 경우 금융위원회에 시정요청이 가능합니다.

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제 39 조에 따라 본인정보를 개인신용평가회사를 통하여 연간 일정범위 내에서 무료로 확인할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 개인신용평가회사에 문의하시기 바랍니다.

- NICE 평가정보(주): 1588-2486 / www.credit.co.kr
- SCI 평가정보(주): 1577-1006 / www.siren24.com
- 코리아크레딧뷰로(주): 02-708-1000 / www.allcredit.co.kr

개인신용정보 제공, 이용에 대한 고객 권리 안내

(3) 신용정보의 제공·조회·이용 및 위 권리행사와 관련하여 불편하신 사항이 있는 경우에는 아래로 연락하시기 바랍니다.

*** 당사 신용 정보관리·보호인**

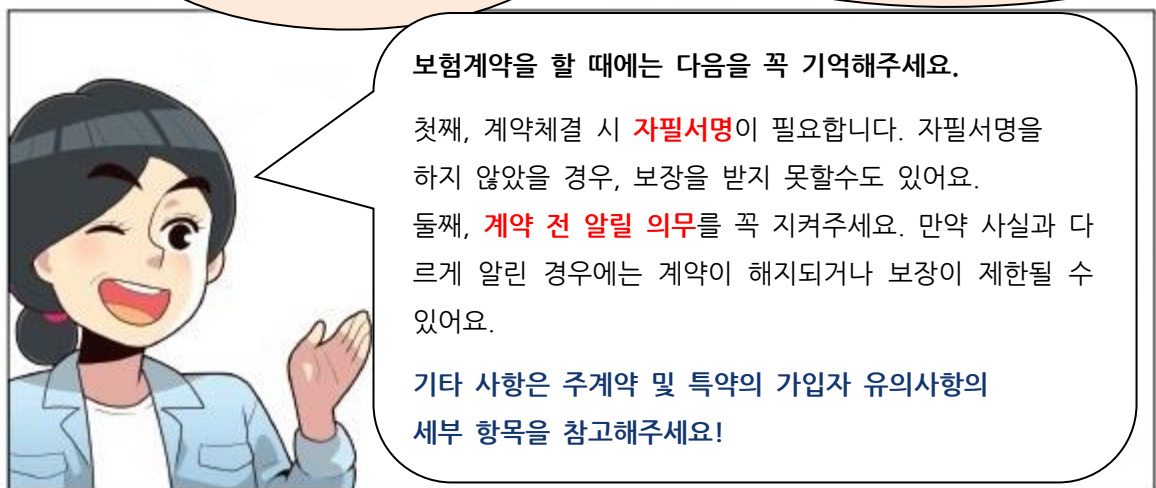
- 전화: 02-728-9147
- 주소: 서울시 종로구 종로 33

*** 협회 개인정보보호인 연락처**

- 전화: 02-2262-6600
- 주소: 서울시 중구 퇴계로 173, 남산스퀘어빌딩 16 층

*** 금융감독원**

- 전화: 국번없이 1332
- 주소: 서울시 영등포구 여의대로 38



■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 계약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

1. 보험약관

생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

2. 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

3. 보험계약자

보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

4. 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

5. 보험수익자

보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

6. 보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

7. 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

8. 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

9. 보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

10. 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

11. 계약자적립액

장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해둔 금액

12. 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

보험계약 관련 교부서류 안내



- '계약 전'과 '계약 후' 계약자에게 교부하는 서류는 다음과 같습니다.
- 교부받은 서류를 확인하시고, 수령하지 못한 경우에는 담당 FC 또는 동양생명 콜센터(1577-1004)로 문의하여 주시기 바랍니다.

1. 계약 전 교부서류

<p>상품설명서</p>	<p>보험약관</p>	<p>계약자 보관용 청약서</p>	<p>운용설명서</p>

※ 다만, 운용설명서는 변액보험 가입시에만 교부됩니다.

2. 계약 후 교부서류

<p>보험증권</p>

주요 민원사례

I 사례 1

유형	해약환급금 미지급형 상품 미인지 관련
사례	<p>A 씨는 암보험을 알아보던 중, 온라인을 통해 가입하면 보험료가 저렴하다는 얘기에 온라인 보험을 알아보고 그 중 한 상품에 가입</p> <p>3년 후 급전이 필요한 상황이 생긴 A 씨는, 가입한 보험을 해지하기로 하고 해당 상품의 해약환급금을 문의하였으나, 해당 상품이 납입기간 중에 해지하면 해약환급금이 없는 해약환급금 미지급형 상품이라는 설명을 듣게 됨</p> <p>이에 A 씨는 어떻게 해약환급금이 없을 수 있느냐며 민원을 제기함</p>
유의사항	<p>해약환급금 미지급형 상품은 보험료 납입기간 중 중도해지시 해약환급금이 없는 상품이므로 이를 잘 확인하고 계약여부를 결정해야 하며, 특히나 온라인 보험의 경우 모든 가입절차를 스스로 진행하므로 특히 더 주의를 기울여야 합니다.</p>

I 사례 2

유형	계약 전 알릴 의무 위반 관련
사례	<p>A 고객은 설계사 B 에게 상품에 대해 상담 후 ○○건강보험을 가입하려던 중 3~4 개월 전 잠깐 혈압이 높아져 검사 등으로 3 일 정도 입원한 것이 생각나 설계사에게 확인하였으나, 문제될 것이 없다고 하여 청약서에 작성하지 않고 계약체결을 함.</p> <p>얼마 후 고혈압으로 병원에 입원하여 퇴원 후 보험금을 청구하였으나, 계약 전 알릴 의무 위반이라며 보험계약이 해지되어 민원을 제기함.</p>
유의사항	<p>보험계약 성립에 있어 청약관련서류의 작성은 본인(계약자, 피보험자)이 직접 작성하여야 하며, 건강사항 등의 작성도 동일합니다.</p> <p>보험은 일반 임상학과는 다르게 장기적인 관점에서 발생위험을 평가하므로, 경미한 이상이라고 하더라도 가입 여부에 영향을 미칠 수 있어 만약 실수, 고의 등으로 누락할 경우 보험계약은 해지될 수 있습니다.</p>

무배당수호천사 NEW 내가만드는보장보험 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의.....	1
제 1 조 【목적】.....	1
제 2 조 【용어의 정의】.....	1
제 2 관 보험금의 지급.....	2
제 3 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 4 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	3
제 5 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	3
제 6 조 【보험금 지급사유의 발생통지】.....	4
제 7 조 【보험금 등의 청구】.....	4
제 8 조 【보험금 등의 지급절차】.....	4
제 9 조 【보험금 받는 방법의 변경】.....	5
제 10 조 【주소변경 통지】.....	5
제 11 조 【보험수익자의 지정】.....	5
제 12 조 【대표자의 지정】.....	6
제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등.....	6
제 13 조 【계약 전 알릴 의무】.....	6
제 14 조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】.....	6
제 15 조 【사기에 의한 계약】.....	7
제 4 관 보험계약의 성립과 유지.....	8
제 16 조 【보험계약의 성립】.....	8
제 17 조 【청약의 철회】.....	9
제 18 조 【약관교부 및 설명의무 등】.....	9
제 19 조 【계약의 무효】.....	10
제 20 조 【계약내용의 변경 등】.....	11
제 21 조 【보험나이 등】.....	11
제 22 조 【계약의 소멸】.....	12
제 5 관 보험료의 납입.....	12
제 23 조 【제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시】.....	12
제 24 조 【제 2 회 이후 보험료의 납입】.....	13
제 25 조 【보험료의 자동대출납입】.....	13
제 26 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】.....	14
제 27 조 【“보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약”의 부활(효력회복)】.....	14
제 28 조 【“강제집행 등으로 인하여 해지된 계약”의 특별부활(효력회복)】.....	15
제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등.....	15

제 29 조 【“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”】	15
제 29 조의 2 【위법계약의 해지】	16
제 30 조 【중대사유로 인한 해지】	16
제 31 조 【회사의 파산선고와 해지】	17
제 32 조 【해약환급금】	17
제 33 조 【보험계약대출】	17
제 34 조 【배당금의 지급】	17
제 7 관 분쟁의 조정 등	18
제 35 조 【분쟁의 조정】	18
제 36 조 【관할법원】	18
제 37 조 【소멸시효】	18
제 38 조 【약관의 해석】	18
제 39 조 【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】	18
제 40 조 【회사의 손해배상책임】	19
제 41 조 【개인정보보호】	19
제 42 조 【준거법】	19
제 43 조 【예금보험에 의한 지급보장】	19
(별표 1) 보험금 지급기준표	21
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	22
(별표 2) 재해분류표	23

무배당수호천사 NEW 내가만드는보장보험 약관(240601) 해약환급금 미지급형, 표준형

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 제 3 조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자: 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: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: (별표 2)재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

(이자 계산법)

이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나뉩니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 (원금+이자)에 대하여 이자를 계산하는 방법입니다.

예시) 원금 100 원, 연간 이자율 10% 적용시 2 년 후 원리금은?

$$\text{단리계산법: } \frac{100 \text{ 원}}{\text{원금}} + \frac{(100 \text{ 원} \times 10\%)}{1 \text{ 년차 이자}} + \frac{(100 \text{ 원} \times 10\%)}{2 \text{ 년차 이자}} = 120 \text{ 원}$$

$$\text{복리계산법: } \frac{100 \text{ 원} + (100 \text{ 원} \times 10\%)}{\text{원금}} + \frac{[100 \text{ 원} + (100 \text{ 원} \times 10\%)] \times 10\%}{1 \text{ 년차 이자}} = 121 \text{ 원}$$

$$\frac{\quad}{\quad} + \frac{\quad}{2 \text{ 년차 이자}}$$

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

(설명)

현재 시점의 평균공시이율은 금융감독원의 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

1) 연만기(연단위 보험기간): 계약일부터 “만기로 정한 연(年)수가 경과되어 최초 도래하는 연계약해당일”의 전날까지의 기간

(예시: 연만기 기준 20년으로 보험기간을 정한 경우)

현재(계약일): 2020년 4월 15일

연만기 보험기간: 20년

☞ 보험기간: 2020년 4월 15일~2040년 4월 14일

2) 세만기(세단위 보험기간): 계약일부터 “만기로 정한 피보험자의 보험나이에 도달하는 연계약해당일”의 전날까지의 기간

(예시: 보험나이 80세로 보험기간을 정한 경우)

현재(계약일): 2020년 4월 15일

현재 보험나이: 30세

만기로 정한 보험나이: 80세

☞ 보험기간: 2020년 4월 15일~2070년 4월 14일

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일 및 대체 공휴일, 근로자의 날을 제외합니다.

5. 보험료 관련 용어

이미 납입한 보험료: 계약자가 회사에 납입한 보험료의 합계(다만, 보험료 납입이 면제된 경우 납입이 면제된 보험료를 포함한 금액으로 특약보험료는 제외한 금액)를 말합니다. 다만, 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 “이미 납입한 보험료”는 제 20 조(계약내용의 변경 등) 제 6 항에 따라 계산된 이미 납입한 보험료와 해당 감액 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 사망보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 22 조(계약의 소멸) “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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 “연명의료 중단 등 결정 및 그 이행”으로 피보험자가 사망하는 경우, 보험금 지급 여부의 판단이 되는 기준은 다음과 같습니다.

1. 사망 시점은 “연명의료 중단 등 결정 및 그 이행”에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. 사망의 원인은 “연명의료”의 시행 사유(질병 또는 재해)로 합니다. 다만, “연명의료”의 시행 사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 때 제 3 조(보험금의 지급사유)의 사망보험금과 주계약의 이미 납입한 보험료(다만, 보험료 납입이 면제된 경우 납입이 면제된 보험료를 포함한 금액으로 특약 보험료는 제외한 금액) 중 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제 3 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 계약에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.

- 가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우. 특히, 그 결과 피보험자가 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

- 나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험

금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제 3 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조 【보험금 등의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 【보험금 등의 지급절차】

① 회사는 제 7 조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금 지급사유에 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

② 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 7 조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 4 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

(보험금 가지급 제도)

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

④ 제 3 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제 1 항 및 제 3 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 및 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

(정당한 사유)

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을 만한 사정이 있거나 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

⑥ 회사는 제 5 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 3 조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항에 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.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 20X0년 1월 1일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
20X0년 1월 1일	2천만원
20X1년 1월 1일	2천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
20X2년 1월 1일	2천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.

제10조 【주소변경 통지】

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

② 제 1 항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조 【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자의 법정상속인으

로 합니다.

(법정상속인)

피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

제12조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 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 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

(연대)

2명 이상이 함께 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1명의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 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, 진단계약에서 의료법 제 3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

(계약 전 알릴 의무)

상법 제 651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약시에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제14조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

- 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 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 계약을 해지하거나 보장을 제한할 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 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제 1 항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다.”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제 1 항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제 32 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ④ 제 13 조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 1 항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

(사례)

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제15조 【사기에 의한 계약】

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 【보험계약의 성립】

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어 집니다.
- 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.

(보험가입금액 제한)

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

(일부보장 제외)

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

(보험금 삭감)

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정 기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

(보험료 할증)

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 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 추가하여 부과하는 방법

- 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 돌려 드리며, 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 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병이나 보장이 제외되는 신체부위에 발생하는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑦ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우

납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제 27 조(“보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약”의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제 5 항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 【청약의 철회】

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90 일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

(전문금융소비자)

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제 2 조(정의) 제 9 호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

(일반금융소비자)

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일(다만, 만 65 세 이상 계약자가 전화를 이용하여 계약을 체결한 경우에는 45 일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 ‘서면 등’이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

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

⑥ 제 1 항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조 【약관교부 및 설명의무 등】

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- 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 확인 내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

(통신판매계약)

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 회사가 제 1 항에 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」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ④ 제 3 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제2항 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
- ⑤ 제 3 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제19조 【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)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 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2 에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

(심신상실자 또는 심신박약자의 설명)

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

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제 2 호의 만 15 세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제20조 【계약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험료의 납입방법 및 보험료의 납입기간
 2. 보험가입금액
 3. 계약자
 4. 기타 계약의 내용
- ② 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

(설명)

회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.

- ④ 계약자가 제 3 항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 회사는 계약자가 제 1 항 제 2 호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 32 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제 5 항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산합니다.

$$\text{감액 직후 "이미 납입한 보험료"} = \text{감액 직전 "이미 납입한 보험료"} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

주) 「감액 직전 “이미 납입한 보험료”」는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

- ⑦ 회사는 제 1 항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제21조 【보험나이 등】

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제 19 조(계약의 무효) 제

2 호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일(계약일부터 1 년마다 돌아오는 매년의 계약해당일을 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 하며, 이하 같습니다)에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증을 기준으로 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

④ 제 3 항에 의한 보험금 및 보험료로 변경 시 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 정산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(보험나이 계산 예시)

생년월일:1988년 10월 2일, 현재(계약일): 2014년 4월 13일

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

제22조 【계약의 소멸】

보험기간 중 피보험자가 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제5관 보험료의 납입

제23조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제 1 회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

(보장개시일)

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 - 1. 제 13 조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 2. 제 14 조(계약 전 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 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 다만, 회사는 그 한도액을 초과하여 청약된 부분에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대한 이자는 제 16 조(보험계약의 성립) 제 4 항을 준용합니다.

제24조 【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

(납입기일)

계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제 26 조(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 제 33 조(보험계약대출) 제 1 항에 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 제 1 항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더할 수 없습니다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출 납입일부터 1 년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제 1 항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1 개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제 32 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15 일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제26조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 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 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

(전자문서)

정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말합니다.

② 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제 1 항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제 32 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

(납입최고(독촉))

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

제27조 【“보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약”의 부활(효력회복)】

① 제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)에 평균공시이율+1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제 1 항에 따라 해지된 계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 13 조(계약 전 알릴 의무), 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제 15 조(사기에 의한 계약), 제 16 조(보험계약의 성립) 제 2 항 및 제 3 항 및 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제 1 항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제 13 조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

(부활(효력회복))

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제28조 【“강제집행 등으로 인하여 해지된 계약”의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 계약자의 해약환급금 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 제 20 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

(강제집행)

국가의 공권력을 행사하여 사법상의 청구권을 강제적으로 실현시키기 위한 절차

(담보권실행)

채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채권자가 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 손해를 변상 받는 절차

(국세 및 지방세 체납처분절차)

국세 및 지방세를 납부할 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세기본법에 따라 행하는 강제 징수 처분 및 그 절차

- ② 회사는 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제29조 【“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”】

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 19 조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 32 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제 47 조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5 년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1 년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10 일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

(금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제 38 조(위법계약의 해지) 제 4 항)

④ 법 제 47 조제 2 항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.

- 1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
- 2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
- 3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
- 4. 그 밖에 제 1 호부터 제 3 호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우

- ④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 32 조(해약환급금) 제 4 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제 1 항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제30조 【중대사유로 인한 해지】

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

(설명)

입원특약에 가입한 피보험자가 20 일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30 일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20 일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제 32 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

제31조 【회사의 파산선고와 해지】

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제 1 항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제 2 항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제 32 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 드립니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

제32조 【해약환급금】

- ① 이 계약에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 계약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 29 조의 2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제33조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 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 제 1 항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제34조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제35조 【분쟁의 조정】

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제 42 조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제36조 【관할법원】

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

제37조 【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3 년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

(소멸시효)

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 3 년간 보험금 등을 청구하지 않는 경우 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다. 예를 들어, 제 3 조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2015년 1월 1일에 발생하였음에도 2017년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제38조 【약관의 해석】

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

(신의성실의 원칙)

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙 (민법 제 2 조 관련)

- 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.

제39조 【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며,

설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제40조 【회사의 손해배상책임】

① 회사는 계약과 관련하여 임·직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제 2 항에 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.

제41조 【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.

제42조 【준거법】

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

제43조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

(예금자보호제도)

예금자보호법에 의해 설립된 예금보험공사가 평소에 금융회사 등으로부터 보험료(예금보험료)를 받아 기금(예금보험기금)을 적립한 후, 금융회사 등이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 해당 금융회사 등을 대신하여 예금(예금보험금)을 지급하게 하는 공적 보험 제도입니다.

(예금자보호법)

금융회사가 파산 등의 사유로 예금 등을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자 등을 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는데 이바지하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 보험가입금액 100 만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
사망보험금	피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우	100 만원

주) 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 때 상기의 사망보험금과 주계약의 이미 납입한 보험료(다만, 보험료 납입이 면제된 경우 납입이 면제된 보험료를 포함한 금액으로 특약보험료는 제외한 금액) 중 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
사망보험금 (제 3 조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후의 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 32 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내: 평균공시이율의 50% 1 년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제 37 조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 8 조(보험금 등의 지급절차) 제 3 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

특약 약관

[제 1 편 일반사항]

약관



특약 약관 구성 안내



○ 특약 약관의 구성

특약 약관은 [제 1 편 일반사항]과 [제 2 편 개별사항]으로 구성됩니다. (단, 제도성특약은 제외됩니다.)

특약 약관

제 1 편
일반사항



제 2 편
개별사항

○ 특약 약관의 구성 관련 설명

제 1 편 일반사항

특약별로 공통적으로 적용되는 사항으로 “공통용어, 보험금 청구, 보험금 지급절차, 보험료 납입, 계약 전 알릴의무 등”의 내용으로 구성되어 있습니다.

제 2 편 개별사항

각 특약별로 개별적으로 적용되는 사항으로 “보험금의 지급사유, 보험료의 납입면제 사유, 계약의 성립과 유지 등, 해약환급금 등”의 내용으로 구성되어 있습니다.

해석시 유의사항

약관 해석시 [제 1 편 일반사항]과 [제 2 편 개별사항]의 내용을 함께 고려해야 합니다. 다만, [제 1 편 일반사항]에서 정한 내용과 [제 2 편 개별사항]에서 정한 내용이 다른 경우에는 **[제 2 편 개별사항]의 내용이 [제 1 편 일반사항]의 내용에 우선하여 적용됩니다.**

○ 특약 약관의 구성 적용 예시

구분	특약 구성
정기 특약	특약 약관 [제 1 편 일반사항] + 정기 특약 [제 2 편 개별사항]
암진단비 특약	특약 약관 [제 1 편 일반사항] + 암진단비 특약 [제 2 편 개별사항]
보험료납입면제 특약	특약 약관 [제 1 편 일반사항] + 보험료납입면제 특약 [제 2 편 개별사항]

[특약 약관] 제 1 편 일반사항

제 1 편 일반사항.....	1
제 1 관 목적 및 용어의 정의.....	1
제 1-1 조 【목적】.....	1
제 1-2 조 【용어의 정의】.....	1
제 2 관 보험금 등의 청구 및 지급절차.....	3
제 1-3 조 【보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구】.....	3
제 1-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제 관련 제 3자 의견 청취】.....	3
제 1-5 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차】.....	3
제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등.....	4
제 1-6 조 【계약 전 알릴 의무】.....	4
제 1-7 조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】.....	4
제 4 관 특약의 성립.....	6
제 1-8 조 【특약의 체결】.....	6
제 5 관 보험료의 납입.....	7
제 1-9 조 【특약보험료의 납입】.....	7
제 1-10 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】.....	7
제 1-11 조 【“보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약”의 부활(효력회복)】.....	7
제 6 관 특약의 해지.....	8
제 1-12 조 【위법계약의 해지】.....	8

[특약 약관] 제 1 편 일반사항

제 1 편 일반사항

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1-1 조 【목적】

- ① 이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 및 제 2-2 조의 2(보험료의 납입면제 사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.
- ② 특별약관은 “제 1 편 일반사항”과 “제 2 편 개별사항”으로 구성됩니다.
- ③ “제 2 편 개별사항”의 내용과 “제 1 편 일반사항” 제 1-2 조(용어의 정의)부터 제 1-12 조(위법계약의 해지)에서 정한 내용이 다른 경우에는 “제 2 편 개별사항”의 내용을 “제 1 편 일반사항”에 우선하여 적용합니다.

제 1-2 조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 이 특약의 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. 다만, 제 2-2 조의 2(보험료 납입면제사유)의 경우에는 보험수익자를 계약자로 합니다.
- 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: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

(이자 계산법)

이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 (원금+이자)에 대하여 이자를 계산하는 방법입니다.

예시) 원금 100 원, 연간 이자율 10% 적용시 2년 후 원리금은?

단리계산법: $100 \text{ 원} + (100 \text{ 원} \times 10\%) + (100 \text{ 원} \times 10\%) = 120 \text{ 원}$
원금 1년차 이자 2년차 이자

복리계산법: $100 \text{ 원} + (100 \text{ 원} \times 10\%) + [100 \text{ 원} + (100 \text{ 원} \times 10\%)] \times 10\% = 121 \text{ 원}$
원금 1년차 이자 2년차 이자

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

[▼ 아래 내용은 갱신형 특약에 한하여 적용합니다.]

갱신계약의 경우에는 갱신시점의 전체 보험회사 공시이율의 평균을 말합니다. 관련 법규 등의 변경으로 이 계약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

(설명)

현재 시점의 평균공시이율은 금융감독원의 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

1) 연만기(연단위 보험기간): 계약일부터 “만기로 정한 연(年)수가 경과되어 최초 도래하는 연 계약해당일”의 전날까지의 기간

(예시 : 연만기 기준 20년으로 보험기간을 정한 경우)

현재(계약일): 202X년 4월 15일

연만기 보험기간: 20년

☞ 보험기간: 202X년 4월 15일~204X년 4월 14일

2) 세만기(세단위 보험기간): 계약일부터 “만기로 정한 피보험자의 보험나이에 도달하는 연 계약해당일”의 전날까지의 기간

(예시 : 보험나이 80세로 보험기간을 정한 경우)

현재(계약일): 202X년 4월 15일

현재 보험나이: 30세

만기로 정한 보험나이: 80세

☞ 보험기간: 202X년 4월 15일~207X년 4월 14일

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일 및 대체 공휴일, 근로자의 날을 제외합니다.

[▼ 아래 5호는 갱신형 특약에 한하여 적용합니다.]

5. 특약의 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 이 특약을 피보험자가 최초로 부가할 경우를 말합니다.

나. 갱신계약: 최초계약의 보험기간 만료 후 제 2-9 조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.

제 2 관 보험금 등의 청구 및 지급절차

제 1-3 조 【보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구】

이 특약에서 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료의 납입면제 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(회사가 보험사고별로 요청하는 서류로 제 2-5 조(사고증명서)에서 정함)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 등의 청구에 필요하여 제출하는 서류

제 1-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제 관련 제3자 의견 청취】

① 보험수익자와 회사가 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3자를 정하고 그 제 3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 계약자와 회사가 제 2-2 조의 2(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제 3자를 정하고 그 제 3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 1-5 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차】

① 회사는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 경우 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유를 조사·확인하기 위하여 제 1 항의 기일 이내에 보험금 지급 또는 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 또는 납입면제 예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자(보험료 납입면제의 경우에는 계약자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 보험금 지급예정일 또는 보험료 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁

조정위원회로 합니다)

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 4 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 1-4 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 관련 제 3 자 의견 청취)에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

(보험금 가지급 제도)

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

- ③ 제 2 항에 의하여 보험금 지급에 대한 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 1-7 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제 1 항 및 제 2 항의 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 또는 보험료 납입면제를 하지 않으며, 보험금 지급지연 또는 보험료 납입면제지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

(정당한 사유)

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을 만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

- ⑤ 회사는 제 4 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 1-6 조 【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, 진단계약에서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

(계약 전 알릴 의무)

상법 제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제 1-7 조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 1-6 조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한

과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약 체결(갱신형 특약일 경우에는 최초계약 체결) 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생하지 않고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년)이 지났을 때
 3. 특약(갱신형 특약일 경우에는 최초계약)을 체결한 날부터 3 년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 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 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제 1 항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다.”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제 1 항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지 시 해약환급금이 없습니다.
- ④ 제 1-6 조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 1 항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입면제사유를 보장하여 드립니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험료 납입면제를 거절하지 않습니다.

(사례)

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않거나, 보험료

납입을 면제하지 않을 수 있습니다.

[▼ 아래 6 항은 갱신형 특약에 한하여 적용합니다.]

⑥ 제 1-11 조(“보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약”의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복) 계약을 제 1 항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

(부활(효력회복))

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제 4 관 특약의 성립

제 1-8 조 【특약의 체결】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

(보험가입금액 제한)

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

(일부보장 제외)

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

(보험금 삭감)

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 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 방법

(보험료 할증)

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 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 추가하여 부가하는 방법

③ 회사가 제 2 항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일로부터 5년(갱신형 특약의 경우에는 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병이나 보장이 제외되는 신체부위에 발생하는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제 3 항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

- 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
- 2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ⑤ 제 3 항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제 1-11 조(“보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제 3 항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 1-9 조 [특약보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다. 다만, 계약을 체결할 때 피보험자가 될 자가 태어지만 태아위험보장이 없는 경우에는 이 특약의 보험료를 피보험자의 출생일부터 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 1-10 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지]

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 않은 경우에는 주계약에서 정의한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

[▼ 아래 제 4 항은 갱신형 특약에 한하여 적용합니다.]

- ④ 최초계약의 제 2 회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제 1 회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

(납입최고(독촉))

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

제 1-11 조 [“보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약”의 부활(효력회복)]

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제 1 항에 따라 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 1-6 조(계약 전 알릴 의무), 제 1-7 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제 1-8 조(특약의 체결) 제 2 항, 제 2-6 조(특약의 보장개시)를 준용합니다.
- ④ 제 1 항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제 1-6 조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 1-7 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 6 관 특약의 해지

제 1-12 조 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제 47 조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 특약체결일로부터 5 년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1 년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10 일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.

(금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제 38 조(위법계약의 해지) 제 4 항)

- ④ 법 제 47 조제 2 항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
 - 1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
 - 2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
 - 3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
 - 4. 그 밖에 제 1 호부터 제 3 호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우
- ④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 4 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제 1 항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

무배당 1-5 종재해수술특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
- 수술분류표를 사용하는 보험은 동 분류표에 기재되어 있는 수술만을 지급대상으로 합니다.
- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당 1-5 종재해수술특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 1~5 종 수술분류표.....	10
(별표 3) 재해분류표.....	18

무배당 1-5 종재해수술특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약의 부가시에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 세부보장: 이 특약은 아래의 세부보장으로 구성되며, 계약자는 아래의 세부보장을 동시에 체결해야 합니다.

(세부보장)

1종 재해수술, 2종 재해수술, 3종 재해수술, 4종 재해수술, 5종 재해수술

2. 재해: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제2-1조의3 【“수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 재해를 원인으로 1~5 종 수술분류표(별표 2 “1~5 종 수술분류표” 참조, 이하 “1~5 종 수술분류표”라 합니다)에서 정한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제 1 항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 재해를 원인으로 “1~5 종 수술분류표”에서 정한 수술을 받았을 때에는 “1~5 종 수술분류표”에서 정한 수술종류에 따라 보험수익자에게 1-5 종 재해수술비(동일사고당 1 회한, 별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 회사는 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 동일사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 각 세부보장별로 1 회에 한하여 보험금을 지급합니다.



- 주)
- ① 보험금 지급(1 종 재해수술비)
 - ② 보험금 미지급
: 동일사고(20X4.3.11 에 발생한 자전거 탑승 중 충돌)당 1 회 한하여 보험금을 지급함
 - ③ 보험금 지급(2 종 재해수술비)
: 20X4.3.11 에 발생한 자전거 탑승 중 충돌과 동일사고이나 “1~5 종 수술분류표”에서 정한 수술종류가 다름

③ 제 2 항에도 불구하고, 피보험자가 동일사고를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는, 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 수술종류 중 서로 다른 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 서로 다른 사고를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

⑤ 제 3 항 및 제 4 항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 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.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “수술확인서” 등을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

(계약자적립액)

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

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 각 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액												
1-5 종 재해수술비	피보험자가 보험기간 중 재해를 원인으로 “1~5 종 수술분류표”에서 정한 수술을 받았을 때 (동일사고당 1 회한)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>세부보장 급부명</th> <th>해당 지급금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 종 재해수술비</td> <td>해당 보험가입금액</td> </tr> <tr> <td>2 종 재해수술비</td> <td>해당 보험가입금액</td> </tr> <tr> <td>3 종 재해수술비</td> <td>해당 보험가입금액</td> </tr> <tr> <td>4 종 재해수술비</td> <td>해당 보험가입금액</td> </tr> <tr> <td>5 종 재해수술비</td> <td>해당 보험가입금액</td> </tr> </tbody> </table>	세부보장 급부명	해당 지급금액	1 종 재해수술비	해당 보험가입금액	2 종 재해수술비	해당 보험가입금액	3 종 재해수술비	해당 보험가입금액	4 종 재해수술비	해당 보험가입금액	5 종 재해수술비	해당 보험가입금액
		세부보장 급부명	해당 지급금액											
		1 종 재해수술비	해당 보험가입금액											
		2 종 재해수술비	해당 보험가입금액											
		3 종 재해수술비	해당 보험가입금액											
		4 종 재해수술비	해당 보험가입금액											
5 종 재해수술비	해당 보험가입금액													

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 회사는 보험금의 지급사유에 해당하는 경우 동일사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 각 세부보장별로 1 회에 한하여 보험금을 지급합니다.

(세부보장)

1종 재해수술, 2종 재해수술, 3종 재해수술, 4종 재해수술, 5종 재해수술

3. ‘2’에도 불구하고, 피보험자가 동일사고를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는, 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 수술종류 중 서로 다른 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
4. 회사는 피보험자가 서로 다른 사고를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
5. ‘3’ 및 ‘4’에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 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.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
1-5종 재해수술비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

1~5 종 수술분류표

I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25 cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25 cm ² 미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術. Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급 이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고 정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)· 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수 반하는 것은 제외함]	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)· 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 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), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈 수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	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 수반하는 것]	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

구분	수술명	수술종류
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 혈관관혈 수술	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(心臟內) 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) 매입술(埋入術)	3
29. 비장(脾腸) 절제수술	3	
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(脾臟) 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	

구분	수술명	수술종류
소화기계의 수술	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. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 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 수반하는 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 (인공임신중절 수술은 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, 전립선(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(膺脫)근본수술	1	
내분비계의 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

구분	수술명	수술종류
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(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	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 수 술로 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 수 술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수 술로 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

구분	수술명	수술종류
청각기 (聽覺器)의 수술	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	

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88 항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87 항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

주)

1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5 종 수술로 인정합니다.
 - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1 회의 수술로 인정합니다.
 - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000 Rad 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 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5 종 수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5 종 수술 분류표>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 신경 BLOCK 은 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. <1~5 종 수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<1~5 종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) <1~5 종 수술분류표>상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1~5 종 수술분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일로부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5 종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해 치료 목적의 수술' 88 항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료 목적의 수술' 2 항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.

- 1) 미용 성형상의 수술
- 2) 피임(避妊) 목적의 수술
- 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
- 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

(별표 3)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이

후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당 1-5 종질병수술특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
- 수술분류표를 사용하는 보험은 동 분류표에 기재되어 있는 수술만을 지급대상으로 합니다.

■ 목차

무배당 1-5 종질병수술특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 1~5 종 수술분류표.....	10
(별표 3) 재해분류표.....	18

무배당 1-5 종질병수술특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약의 부가시에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 세부보장: 이 특약은 아래의 세부보장으로 구성되며, 계약자는 아래의 세부보장을 동시에 체결해야 합니다.

(세부보장)

1종 질병수술, 2종 질병수술, 3종 질병수술, 4종 질병수술, 5종 질병수술

2. 재해: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제2-1조의3 【“수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “재해 이외의 원인”으로 1~5 종 수술분류표(별표 2 “1~5 종 수술분류표” 참조, 이하 “1~5 종 수술분류표”라 합니다)에서 정한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의

사의 관리하에 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제 1 항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 “재해 이외의 원인”으로 “1~5 종 수술 분류표”에서 정한 수술을 받았을 때에는 “1~5 종 수술분류표”에서 정한 수술종류에 따라 보험수익자에게 1-5 종 질병수술비(동일한 질병당 1 회한, 다만 계약일부터 1 년 미만에 수술 시 50% 지급, 별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 회사는 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 각 세부보장별로 1 회에 한하여 보험금을 지급합니다.

보험금 지급 예시



주)

① 보험금 지급(1 종 질병수술비)

② 보험금 미지급

: 20x5.3.11 의 요관의 결석(N20.1)과 신장의 결석(N20.0)은 ‘한국표준질병사인분류’상의 분류번호 3 자리가 같은 동일한 질병임

※ 20x5.3.11로부터 365 일 경과한 후 동일한 질병(N20)으로 1 종 수술 시, 다른 질병으로 간주하고 보험금 지급(1 종 질병수술비)

③ 보험금 지급(2 종 질병수술비)

: 20x5.3.11 에 1 종 질병수술비로 지급된 요관의 결석(N20.1)과 동일한 질병(‘한국표준질병 사인분류’상의 분류번호 3 자리 동일)이나 “1~5 종 수술분류표”에서 정한 수술종류가 다른

③ 제 2 항에도 불구하고, 피보험자가 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는, 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 수술종류 중 서로 다른 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

⑤ 제 3 항 및 제 4 항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 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.

⑥ 제 2 항에서 동일한 질병이란 ‘한국표준질병·사인분류’상의 분류번호(3 자리)가 같은 질병을 말합니다.

⑦ 제 2 항에도 불구하고, 질병수술을 받고 365 일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경

우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “수술확인서” 등을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일

로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 2-12 조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

(계약자적립액)

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

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 각 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
1-5 종 질병수술비	피보험자가 보험기간 중 “재해 이외의 원인”으로 “1~5 종 수술분류표”에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1 회한)	세부보장 급부명
		해당 지급금액
		1 종 질병수술비
		2 종 질병수술비
		3 종 질병수술비
		4 종 질병수술비
5 종 질병수술비		
		(다만, 계약일부터 1년 미만 수술시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 회사는 보험금의 지급사유에 해당하는 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 각 세부보장별로 1 회에 한하여 보험금을 지급합니다.

(세부보장)

1종 질병수술, 2종 질병수술, 3종 질병수술, 4종 질병수술, 5종 질병수술

3. ‘2’에도 불구하고, 피보험자가 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는, 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 수술 종류 중 서로 다른 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
4. 회사는 피보험자가 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
5. ‘3’ 및 ‘4’에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
6. ‘2’에서 동일한 질병이란 ‘한국표준질병·사인분류’상의 분류번호(3 자리)가 같은 질병을 말합니다.
7. ‘2’에도 불구하고, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
1-5종 질병수술비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

1~5 종 수술분류표

I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25 cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25 cm ² 미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術. Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급 이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고 정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)· 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수 반하는 것은 제외함]	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)· 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 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), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈 수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	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 수반하는 것]	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

구분	수술명	수술종류
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 혈관관혈 수술	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(心臟內) 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) 매입술(埋入術)	3
29. 비장(脾腸) 절제수술	3	
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(脾臟) 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	

구분	수술명	수술종류
소화기계의 수술	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. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 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 수반하는 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 (인공임신중절 수술은 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, 전립선(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(膺脫)근본수술	1	
내분비계의 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

구분	수술명	수술종류
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(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	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 수 술로 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 수 술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수 술로 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

구분	수술명	수술종류
청각기 (聽覺器)의 수술	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	

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88 항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87 항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

주)

1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5 종 수술로 인정합니다.
 - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1 회의 수술로 인정합니다.
 - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000 Rad 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 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5 종 수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5 종 수술 분류표>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 신경 BLOCK 은 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. <1~5 종 수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<1~5 종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) <1~5 종 수술분류표>상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1~5 종 수술분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일로부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5 종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해 치료 목적의 수술' 88 항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료 목적의 수술' 2 항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.

- 1) 미용 성형상의 수술
- 2) 피임(避妊) 목적의 수술
- 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
- 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

(별표 3)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이

후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당 N 대질병수술특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
- 수술분류표Ⅱ를 사용하는 보험은 동 분류표에 기재되어 있는 수술만을 지급대상으로 합니다.

■ 목차

무배당 N 대질병수술특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“1 형 질병”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 4 【“2 형 질병”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 5 【“3 형 질병”의 정의 및 진단확정】.....	2
제 2-1 조의 6 【“4 형 질병”의 정의 및 진단확정】.....	2
제 2-1 조의 7 【“5 형 질병”의 정의 및 진단확정】.....	2
제 2-1 조의 8 【“수술”의 정의와 장소】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	5
제 2-5 조 【사고증명서】.....	5
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	5
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	5
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	5
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	6
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	6
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	6
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	7
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	7
제 2-12 조 【해약환급금】.....	7
제 5 관 기타사항.....	8
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	8
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	9
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	10
(별표 2) 1 형 질병분류표(260 대질병).....	11
(별표 3) 2 형 질병분류표(252 대질병).....	19
(별표 4) 3 형 질병분류표(369 대질병).....	27
(별표 5) 4 형 질병분류표(61 대질병).....	38

(별표 6) 5형 질병분류표(24 대질병).....	41
(별표 7) 수술분류표Ⅱ	43

무배당 N 대질병수술특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의 II】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 세부보장: 이 특약은 아래의 세부보장으로 구성되며, 계약자는 아래의 세부보장을 동시에 체결해야 합니다.

(세부보장)

1형 질병수술(260대질병), 2형 질병수술(252대질병), 3형 질병수술(369대질병), 4형 질병수술(61대질병), 5형 질병수술(24대질병)

제 2-1 조의 3 【“1 형 질병”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “1 형 질병”이라 함은 제 8 차한국표준질병사인분류 중 1 형 질병분류표(260 대질병)(별표 2 “1 형 질병분류표(260 대질병)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “1 형 질병”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 2-1 조의 4 【“2 형 질병”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “2 형 질병”이라 함은 제 8 차한국표준질병사인분류 중 2 형 질병분류표(252

대질병)(별표 3 “2 형 질병분류표(252 대질병)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “2 형 질병”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 2-1 조의 5 【“3 형 질병”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “3 형 질병”이라 함은 제 8 차한국표준질병사인분류 중 3 형 질병분류표(369 대질병)(별표 4 “3 형 질병분류표(369 대질병)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “3 형 질병”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 2-1 조의 6 【“4 형 질병”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “4 형 질병”이라 함은 제 8 차한국표준질병사인분류 중 4 형 질병분류표(61 대질병)(별표 5 “4 형 질병분류표(61 대질병)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “4 형 질병”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 2-1 조의 7 【“5 형 질병”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “5 형 질병”이라 함은 제 8 차한국표준질병사인분류 중 5 형 질병분류표(24 대질병)(별표 6 “5 형 질병분류표(24 대질병)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “5 형 질병”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 2-1 조의 8 【“수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 1 형 질병, 2 형 질병, 3 형 질병, 4 형 질병 또는 5 형 질병(이하 “1~5 형 질병”이라 합니다)으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 수술분류표Ⅱ(별표 7 “수술분류표Ⅱ” 참조, 이하 “수술분류표Ⅱ”라 합니다)에서 정한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제 1 항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “1~5 형 질병”으로 진단확정되고, 그 1~5 형 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표Ⅱ에서 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 N 대 질병수술비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(동일한 질병당 1 회한, 계약일로부터 1 년미만에 수술시 50%를 지급함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2 회 이상의 수술을 받은 경우에는 1 회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ③ 제 2 항에서 동일한 질병이란 각 ‘1~5 형 질병’ 분류 내에서 보장하는 질병 중 ‘한국표준질병사인분류’상의 분류번호(3 자리)가 같은 질병을 말합니다. 다만, 아래와 같이 ‘한국표준질병사인분류’상의 분류번호 4 자리에 따라 1~5 형 질병이 분류되는 경우에는 4 자리 기준의 분류번호로 분류된 해당 ‘1~5 형 질병’내에서 동일한 질병을 판정합니다.

(예시)

구 분	① 분류번호[질병형태]	② 분류번호[질병형태]
1	A39(A39.5 제외)[3형 질병]	A39.5[4형 질병]
2	B25(B25.1 제외)[3형 질병]	B25.1[4형 질병]
3	B37(B37.6 제외)[3형 질병]	B37.6[4형 질병]
4	B58(B58.1 제외)[3형 질병]	B58.1[4형 질병]
5	H06(H06.2 제외)[2형 질병]	H06.2[3형 질병]
6	H36(H36.0 제외)[2형 질병]	H36.0[3형 질병]
7	I67(I67.4 제외)[5형 질병]	I67.4[3형 질병]
8	L40(L40.5 제외)[1형 질병]	L40.5[2형 질병]
9	M01(M01.1 제외)[2형 질병]	M01.1[3형 질병]
10	M14(M14.2, M14.6 제외)[2형 질병]	M14.2[3형 질병], M14.6[3형 질병]
11	M20(M20.1 제외)[3형 질병]	M20.1[2형 질병]
12	M49(M49.0 제외)[2형 질병]	M49.0[3형 질병]

13	M90(M90.0 제외)[2형 질병]	M90.0[3형 질병]
14	N08(N08.3 제외)[2형 질병]	N08.3[3형 질병]
15	N74(N74.0, N74.1 제외)[2형 질병]	N74.0[3형 질병], N74.1[3형 질병]

④ 제 2 항에서 제 3 항에도 불구하고, 질병수술을 받고 365 일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

(보험금 지급 예시1)



주)

- ① 20X5.3.11: 오른쪽 백내장(H25.0(1형질병))으로 수술 후 해당 보험금 지급
- ② 20X6.1.25: 보험금 미지급(오른쪽 백내장(H25.0(1형질병)) 및 왼쪽 백내장(H25.1(1형질병))은 동일한 질병으로 간주하여 보험금 미지급)
- ③ 20X6.7.14: 오른쪽 백내장(H25.0(1형질병))으로 재발하여 수술 후 해당 보험금 지급(오른쪽 백내장 수술후 365일이 경과한 후 수술을 받은 경우로서, 다른 질병으로 간주하여 보험금 지급)

(보험금 지급 예시2)



주)

- ① 20X5.3.11: 당뇨병성 망막병증(H36.0(3형질병))으로 수술 후 해당 보험금 지급
- ② 20X6.1.25: 기타 망막장애(H36.8(2형질병))으로 수술 후 해당 보험금 지급(‘한국표준질병사인분류’상의 분류번호 4 자리에 따라 1~5 형 질병이 분류되는 경우로서, 다른 질병으로 간주하여 보험금 지급)
- ③ 20X6.2.10: 보험금 미지급(당뇨병성 망막병증(H36.0(3형질병))으로 수술 후, 365 일 경과 전 수술을 받은 경우로서 동일한 질병으로 간주하여 보험금 미지급)

⑤ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 동시에 2 가지 이상의 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 수술을 받은 경우에는 그 세부보장 중 최고금액 1 가지의 “해당 질병수술비”만을 지급합니다. 다만, 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 “해당 질병수술비”를 지급합니다.

⑥ 제 5 항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체 부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “수술확인서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의

사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입주기 및 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “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: 가족관계등

록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 각 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
1~5 형 질병 : 약관 (별표 2 ~ 6) 참조			
N 대 질병수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 1~5 형 질병으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 수술분류표 II 에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1 회한)	세부보장 급부명	해당 지급금액
		1 형 질병수술비 (260 대질병)	해당 보험가입금액
		2 형 질병수술비 (252 대질병)	해당 보험가입금액
		3 형 질병수술비 (369 대질병)	해당 보험가입금액
		4 형 질병수술비 (61 대질병)	해당 보험가입금액
		5 형 질병수술비 (24 대질병)	해당 보험가입금액
		(다만, 계약일로부터 1 년 미만에 수술시 50% 지급)	

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2 회 이상의 수술을 받은 경우에는 1 회에 한하여 보험금을 지급합니다.
3. 동일한 질병이란 각 '1~5 형 질병' 분류 내에서 보장하는 질병 중 '한국표준질병사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다. 다만, '한국표준질병사인분류'상의 분류번호 4 자리에 따라 1~5 형 질병이 분류되는 경우에는 4 자리 기준의 분류번호로 분류된 해당 '1~5 형 질병' 내에서 동일한 질병을 판정합니다.
4. '2'에서 '3'에도 불구하고, 질병수술을 받고 365 일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.
5. 동시에 2 가지 이상의 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 수술을 받은 경우에는 그 세부보장 중 최고금액 1 가지의 "해당 질병수술비"만을 지급합니다. 다만, 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 "해당 질병수술비"를 지급합니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
N대 질병수술비 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과 기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

1 형 질병분류표(260 대질병)

I. 약관에서 규정하는 1 형 질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
1	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	D12
2	양성 지방종성 신생물	D17
3	멜라닌세포모반	D22
4	피부의 기타 양성 신생물	D23
5	비당뇨병성 저혈당성 혼수	E15
6	혜장내분비의 기타 장애	E16
7	부갑상선기능저하증	E20
8	부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E21
9	뇌하수체의 기능항진	E22
10	뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E23
11	쿠싱증후군	E24
12	부신생식기장애	E25
13	고알도스테론증	E26
14	부신의 기타 장애	E27
15	난소의 기능이상	E28
16	고환의 기능이상	E29
17	달리 분류되지 않은 사춘기의 장애	E30
18	다선성 기능이상	E31
19	흉선의 질환	E32
20	기타 내분비장애	E34
21	달리 분류된 질환에서의 내분비선장애	E35
22	과시오르코르	E40
23	영양성 소모증	E41
24	소모성 과시오르코르	E42
25	상세불명의 중증 단백질-에너지영양실조	E43
26	중등도 및 경도의 단백질-에너지영양실조	E44
27	단백질-에너지영양실조로 인한 발육지연	E45
28	상세불명의 단백질-에너지영양실조	E46
29	비타민A결핍	E50
30	티아민결핍	E51

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
31	니아신결핍[펠라그라]	E52
32	기타 비타민B군의 결핍	E53
33	아스코르빈산결핍	E54
34	비타민D결핍	E55
35	기타 비타민결핍	E56
36	식사성 칼슘결핍	E58
37	식사성 셀레늄결핍	E59
38	식사성 아연결핍	E60
39	기타 영양소의 결핍	E61
40	기타 영양결핍	E63
41	영양실조 및 기타 영양결핍의 후유증	E64
42	국소적 지방과다	E65
43	비만	E66
44	기타 과영양	E67
45	과영양의 후유증	E68
46	방향족아미노산대사장애	E70
47	축쇄아미노산 및 지방산 대사장애	E71
48	아미노산대사의 기타 장애	E72
49	젓당불내성	E73
50	탄수화물대사의 기타 장애	E74
51	스핑고지질대사장애 및 기타 지질축적장애	E75
52	글리코사미노글라이칸대사장애	E76
53	당단백질대사장애	E77
54	지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78
55	퓨린 및 피리미딘의 대사장애	E79
56	포르피린 및 빌리루빈 대사장애	E80
57	무기질대사장애	E83
58	낭성 섬유증	E84
59	아밀로이드증	E85
60	용적고갈	E86
61	수분, 전해질 및 산-염기균형의 기타 장애	E87
62	기타 대사장애	E88
63	달리 분류되지 않은 처치후 내분비 및 대사 장애	E89
64	달리 분류된 질환에서의 영양 및 대사 장애	E90
65	노년백내장	H25
66	기타 백내장	H26
67	급성 비인두염[감기]	J00
68	급성 부비동염	J01

구분	대상 질병	분류 번호
69	급성 인두염	J02
70	급성 편도염	J03
71	급성 후두염 및 기관염	J04
72	급성 폐색성 후두염[크룹] 및 후두개염	J05
73	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도감염	J06
74	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
75	만성 비염, 비인두염 및 인두염	J31
76	만성 부비동염	J32
77	코폴립	J33
78	코 및 비동의 기타 장애	J34
79	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
80	편도주위농양	J36
81	만성 후두염 및 후두기관염	J37
82	달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38
83	상기도의 기타 질환	J39
84	치아의 발육 및 맹출 장애	K00
85	매물치 및 매복치	K01
86	치아우식	K02
87	치아경조직의 기타 질환	K03
88	치수 및 근단주위조직의 질환	K04
89	치은염 및 치주질환	K05
90	잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
91	치아열굴이상[부정교합포함]	K07
92	치아 및 지지구조의 기타 장애	K08
93	달리 분류되지 않은 구강영역의 낭	K09
94	항문 및 직장부의 열창 및 누공	K60
95	항문 및 직장부의 농양	K61
96	항문 및 직장의 기타 질환	K62
97	장의 기타 질환	K63
98	치핵 및 항문주위정맥혈전증	K64
99	포도알균성 화상피부증후군	L00
100	농가진	L01
101	피부의 농양, 종기 및 큰종기	L02
102	연조직염	L03
103	급성 림프절염	L04
104	모소낭	L05
105	피부 및 피하조직의 기타 국소감염	L08
106	천포창	L10

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
107	기타 극세포분리장애	L11
108	유사천포창	L12
109	기타 수포성 장애	L13
110	달리 분류된 질환에서의 수포성 장애	L14
111	아토피성 피부염	L20
112	지루피부염	L21
113	기저귀[냅킨]피부염	L22
114	알레르기성 접촉피부염	L23
115	자극물접촉피부염	L24
116	상세불명의 접촉피부염	L25
117	탈락피부염	L26
118	내부로 섭취된 물질에 의한 피부염	L27
119	만성 단순태선 및 가려움발진	L28
120	가려움	L29
121	기타 피부염	L30
122	건선 (관절병성 건선 제외)	L40 (L40.5 제외)
123	유사건선	L41
124	장미색잔비늘증(비강진)	L42
125	편평태선	L43
126	기타 구진비늘장애	L44
127	달리 분류된 질환에서의 구진비늘장애	L45
128	두드러기	L50
129	다형홍반	L51
130	결절홍반	L52
131	기타 홍반성 병태	L53
132	달리 분류된 질환에서의 홍반	L54
133	일광화상	L55
134	자외선에 의한 기타 급성 피부변화	L56
135	비이온화방사선 만성 노출에 의한 피부변화	L57
136	방사선피부염	L58
137	방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59
138	손발톱장애	L60
139	달리 분류된 질환에서의 손발톱장애	L62
140	원형 탈모증	L63
141	안드로젠탈모증	L64
142	기타 비흉터성 모발손실	L65
143	흉터탈모증[흉터성 모발손실]	L66

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
144	모발색 및 모발줄기 이상	L67
145	털과다증	L68
146	여드름	L70
147	주사	L71
148	피부 및 피하조직의 모낭낭	L72
149	기타 모낭장애	L73
150	에크린땀샘장애	L74
151	아포크린땀샘장애	L75
152	백반증	L80
153	색소침착의 기타 장애	L81
154	지루각화증	L82
155	흑색극세포증	L83
156	기타 표피의 비후	L85
157	달리 분류된 질환에서의 각피증	L86
158	표피경유제거장애	L87
159	과저성 농피증	L88
160	육창궤양 및 압박부위	L89
161	피부의 위축장애	L90
162	피부의 비대성 장애	L91
163	피부 및 피하조직의 육아종성 장애	L92
164	홍반루푸스	L93
165	기타 국소적 결합조직장애	L94
166	달리 분류되지 않은 피부에 한정된 혈관염	L95
167	달리 분류되지 않은 다리의 궤양	L97
168	달리 분류되지 않은 피부 및 피하조직의 기타 장애	L98
169	달리 분류된 질환에서의 피부 및 피하조직의 기타 장애	L99
170	심장박동의 이상	R00
171	심잡음 및 기타 심음	R01
172	달리 분류되지 않은 괴저	R02
173	진단명 없는 혈압수치이상	R03
174	기도출혈	R04
175	기침	R05
176	호흡의 이상	R06
177	목구멍 및 가슴의 통증	R07
178	순환계통 및 호흡계통의 기타 증상 및 징후	R09
179	복부 및 골반 통증	R10
180	구역 및 구토	R11
181	속쓰림	R12

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
182	삼킴곤란	R13
183	고창 및 연관된 병태	R14
184	대변실금	R15
185	달리 분류되지 않은 간비대 및 비장비대	R16
186	황달을 동반하거나 동반하지 않은 달리 분류되지 않은 과빌리루빈 혈증	R17
187	복수	R18
188	소화계통 및 복부의 기타 증상 및 징후	R19
189	피부감각의 장애	R20
190	발진 및 기타 비특이성 피부발진	R21
191	피부 및 피하조직의 국소적 부기, 종괴 및 덩이	R22
192	기타 피부변화	R23
193	이상불수의운동	R25
194	보행과 이동의 이상	R26
195	기타 협조결여	R27
196	신경계통 및 근골격계통의 기타 증상 및 징후	R29
197	배뇨와 연관된 통증	R30
198	상세불명의 혈뇨	R31
199	상세불명의 요실금	R32
200	소변정체	R33
201	무뇨 및 찝뇨	R34
202	다뇨	R35
203	요도분비물	R36
204	비뇨계통의 기타 증상 및 징후	R39
205	기면, 혼미 및 혼수	R40
206	인지기능 및 자각에 관련된 기타 증상 및 징후	R41
207	어지럼증 및 어지럼	R42
208	후각 및 미각 장애	R43
209	일반적 감각 및 지각에 관련된 기타 증상 및 징후	R44
210	정서상태에 관련된 증상 및 징후	R45
211	외양 및 행동에 관련된 증상 및 징후	R46
212	달리 분류되지 않은 언어장애	R47
213	달리 분류되지 않은 난독증 및 기타 상징적 기능이상	R48
214	음성장애	R49
215	기타 및 원인미상의 열	R50
216	두통	R51
217	달리 분류되지 않은 통증	R52
218	병감 및 피로	R53

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
219	노쇠	R54
220	실신 및 허탈	R55
221	달리 분류되지 않은 경련	R56
222	달리 분류되지 않은 쇼크	R57
223	달리 분류되지 않은 출혈	R58
224	림프절비대	R59
225	달리 분류되지 않은 부종	R60
226	다한증	R61
227	기대되는 정상 생리학적 발달의 결여	R62
228	음식 및 수액 섭취에 관계된 증상 및 징후	R63
229	카켅시아	R64
230	전신염증반응증후군	R65
231	기타 전신 증상 및 징후	R68
232	미상 및 상세불명의 병인	R69
233	적혈구침강속도의 상승 및 혈장점도의 이상	R70
234	적혈구의 이상	R71
235	달리 분류되지 않은 백혈구의 이상	R72
236	혈당치상승	R73
237	이상혈청효소수치	R74
238	사람면역결핍바이러스의 검사실 증거	R75
239	혈청의 기타 면역학적 이상소견	R76
240	혈장단백질의 기타 이상	R77
241	정상적으로는 혈액내에 없는 약물 및 기타 물질의 소견	R78
242	혈액화학의 기타 이상소견	R79
243	고립된 단백뇨	R80
244	당뇨	R81
245	요의 기타 이상소견	R82
246	뇌척수액의 이상소견	R83
247	호흡기관 및 흉부 검사물의 이상소견	R84
248	소화기관 및 복강 검사물의 이상소견	R85
249	남성생식기관 검사물의 이상소견	R86
250	여성생식기관 검사물의 이상소견	R87
251	기타 기관, 계통 및 조직 검사물의 이상소견	R89
252	중추신경계통의 진단영상검사상 이상소견	R90
253	폐의 진단영상검사상 이상소견	R91
254	유방의 진단영상검사상 이상소견	R92
255	기타 신체구조의 진단영상검사상 이상소견	R93
256	기능검사의 이상결과	R94

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
257	영아돌연사증후군	R95
258	원인 미상의 기타 돌연사	R96
259	지켜본 사람이 없었던 사망	R98
260	기타 불명확하고 상세불명의 사망원인	R99

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

2 형 질병분류표(252 대질병)

I. 약관에서 규정하는 2 형 질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
1	입 및 인두의 양성 신생물	D10
2	주치샘의 양성 신생물	D11
3	기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13
4	중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
5	기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
6	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
7	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	D18
8	중피조직의 양성 신생물	D19
9	후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
10	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
11	유방의 양성 신생물	D24
12	자궁의 평활근종	D25
13	자궁의 기타 양성 신생물	D26
14	난소의 양성 신생물	D27
15	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
16	남성생식기관의 양성 신생물	D29
17	비뇨기관의 양성 신생물	D30
18	눈 및 부속기의 양성 신생물	D31
19	수막의 양성 신생물	D32
20	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
21	갑상선의 양성 신생물	D34
22	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
23	기타 및 상세불명 부위의 양성 신생물	D36
24	달리 분류된 질환에서의 신경근 및 신경총 압박	G55
25	달리 분류된 질환에서의 신경계통의 기타 장애	G99
26	눈꺼풀의 기타 염증	H01
27	눈꺼풀의 기타 장애	H02
28	달리 분류된 질환에서의 눈꺼풀의 장애	H03
29	눈물계통의 장애	H04
30	안와의 장애	H05

구분	대상 질병	분류 번호
31	달리 분류된 질환에서의 눈물계통 및 안와의 장애 (갑상선이상성 안구돌출 제외)	H06 (H06.2 제외)
32	결막염	H10
33	결막의 기타 장애	H11
34	달리 분류된 질환에서의 결막의 장애	H13
35	공막의 장애	H15
36	각막염	H16
37	각막 흉터 및 혼탁	H17
38	각막의 기타 장애	H18
39	달리 분류된 질환에서의 공막 및 각막의 장애	H19
40	홍채섬모체염	H20
41	홍채 및 섬모체의 기타 장애	H21
42	달리 분류된 질환에서의 홍채 및 섬모체의 장애	H22
43	맥락망막염증	H30
44	맥락막의 기타 장애	H31
45	달리 분류된 질환에서의 맥락망막장애	H32
46	망막박리 및 망막열공	H33
47	망막혈관폐쇄	H34
48	기타 망막장애	H35
49	달리 분류된 질환에서의 망막장애 (당뇨병성 망막병증 제외)	H36 (H36.0 제외)
50	유리체의 장애	H43
51	안구의 장애	H44
52	달리 분류된 질환에서의 유리체 및 안구의 장애	H45
53	시신경염	H46
54	시[제2]신경 및 시각경로의 기타 장애	H47
55	달리 분류된 질환에서의 시[제2]신경 및 시각경로의 장애	H48
56	마비성 사시	H49
57	기타 사시	H50
58	양안운동의 기타 장애	H51
59	굴절 및 조절의 장애	H52
60	시각장애	H53
61	실명을 포함한 시력장애(양안의 또는 단안의)	H54
62	안진 및 기타 불규칙적 눈운동	H55
63	눈 및 눈부속기의 기타 장애	H57
64	달리 분류된 질환에서의 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H58
65	달리 분류되지 않은 눈 및 눈부속기의 처치후 장애	H59
66	외이염	H60

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
67	외이의 기타 장애	H61
68	달리 분류된 질환에서의 외이의 장애	H62
69	비화농성 중이염	H65
70	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
71	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
72	귀인두관염 및 귀인두관 폐색	H68
73	귀인두관의 기타 장애	H69
74	유돌염 및 관련 병태	H70
75	중이의 진주종	H71
76	고막의 천공	H72
77	고막의 기타 장애	H73
78	중이 및 유돌의 기타 장애	H74
79	달리 분류된 질환에서의 중이 및 유돌의 기타 장애	H75
80	귀경화증	H80
81	전정기능의 장애	H81
82	달리 분류된 질환에서의 현기증후군	H82
83	내이의 기타 질환	H83
84	전음성 및 감각신경성 청력소실	H90
85	기타 청력소실	H91
86	귀통증 및 귀의 삼출액	H92
87	달리 분류되지 않은 귀의 기타 장애	H93
88	달리 분류된 질환에서의 귀의 기타 장애	H94
89	달리 분류되지 않은 귀 및 유돌의 처치후 장애	H95
90	하지의 정맥류	I83
91	확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
92	확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
93	바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11
94	급성 기관지염	J20
95	급성 세기관지염	J21
96	상세불명의 급성 하기도감염	J22
97	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
98	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
99	상세불명의 만성 기관지염	J42
100	성인호흡곤란증후군	J80
101	폐부종	J81
102	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
103	기타 간질성 폐질환	J84

구분	대상 질병	분류 번호
104	폐 및 종격의 농양	J85
105	농흉	J86
106	달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
107	달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
108	흉막판	J92
109	기흉	J93
110	기타 흉막의 병태	J94
111	달리 분류되지 않은 처치후 호흡장애	J95
112	달리 분류되지 않은 호흡부전	J96
113	기타 호흡장애	J98
114	달리 분류된 질환에서의 호흡장애	J99
115	턱의 기타 질환	K10
116	침샘의 질환	K11
117	구내염 및 관련 병변	K12
118	입술 및 구강점막의 기타 질환	K13
119	혀의 질환	K14
120	식도염	K20
121	위-식도역류병	K21
122	식도의 기타 질환	K22
123	달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K23
124	위공장궤양	K28
125	위염 및 십이지장염	K29
126	기능성 소화불량	K30
127	위 및 십이지장의 기타 질환	K31
128	급성 충수염	K35
129	기타 충수염	K36
130	상세불명의 충수염	K37
131	충수의 기타 질환	K38
132	관절병성 건선	L40.5
133	화농성 관절염	M00
134	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접감염 (결핵관절염 제외)	M01 (M01.1 제외)
135	반응성 관절병증	M02
136	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
137	혈청검사양성 류마티스관절염	M05
138	기타 류마티스관절염	M06
139	건선성 및 장병성 관절병증	M07
140	연소성 관절염	M08

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
141	달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염	M09
142	통풍	M10
143	기타 결정 관절병증	M11
144	기타 특정 관절병증	M12
145	기타 관절염	M13
146	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증 (당뇨병성 관절병증, 신경병성 관절병증 제외)	M14 (M14.2, M14.6 제외)
147	다발관절증	M15
148	고관절증	M16
149	무릎관절증	M17
150	제1수근중수관절의 관절증	M18
151	기타 관절증	M19
152	외반무지(후천성)	M20.1
153	무릎뼈의 장애	M22
154	무릎의 내부장애	M23
155	기타 특정 관절장애	M24
156	달리 분류되지 않은 기타 관절장애	M25
157	결절성 다발동맥염 및 관련 병태	M30
158	기타 과사성 혈관병증	M31
159	전신홍반루푸스	M32
160	피부다발근염	M33
161	전신경화증	M34
162	결합조직의 기타 전신침범	M35
163	달리 분류된 질환에서의 결합조직의 전신장애	M36
164	강직척추염	M45
165	기타 염증성 척추병증	M46
166	척추증	M47
167	기타 척추병증	M48
168	달리 분류된 질환에서의 척추병증 (척추의 결핵 제외)	M49 (M49.0 제외)
169	경추간판장애	M50
170	기타 추간판장애	M51
171	달리 분류되지 않은 기타 등병증	M53
172	등통증	M54
173	근염	M60
174	근육의 석회화 및 골화	M61
175	근육의 기타 장애	M62
176	달리 분류된 질환에서의 근육장애	M63

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
177	윤활막염 및 힘줄윤활막염	M65
178	윤활막 및 힘줄의 자연파열	M66
179	윤활막 및 힘줄의 기타 장애	M67
180	달리 분류된 질환에서의 윤활막 및 힘줄의 장애	M68
181	사용, 과용 및 압박에 관련된 연조직장애	M70
182	기타 윤활낭병증	M71
183	섬유모세포포장애	M72
184	달리 분류된 질환에서의 연조직장애	M73
185	어깨병변	M75
186	발을 제외한 다리의 골부착부병증	M76
187	기타 골부착부병증	M77
188	달리 분류되지 않은 기타 연조직장애	M79
189	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
190	병적 골절이 없는 골다공증	M81
191	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
192	성인골연화증	M83
193	골연속성의 장애	M84
194	골밀도 및 구조의 기타 장애	M85
195	골수염	M86
196	골괴사	M87
197	뼈의 파절병[변형성 골염]	M88
198	뼈의 기타 장애	M89
199	달리 분류된 질환에서의 골병증 (뼈의 결핵 제외)	M90 (M90.0 제외)
200	고관절 및 골반의 연소성 골연골증	M91
201	기타 연소성 골연골증	M92
202	기타 골연골병증	M93
203	연골의 기타 장애	M94
204	급성 신염증후군	N00
205	급속 진행성 신염증후군	N01
206	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
207	만성 신염증후군	N03
208	신증후군	N04
209	상세불명의 신염증후군	N05
210	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
211	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
212	달리 분류된 질환에서의 사구체장애 (당뇨병에서의 사구체 장애 제외)	N08 (N08.3 제외)

구분	대상 질병	분류 번호
213	급성 세뇨관-간질신장염	N10
214	만성 세뇨관-간질신장염	N11
215	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
216	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
217	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
218	기타 신세뇨관-간질질환	N15
219	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16
220	양성 유방형성이상	N60
221	유방의 염증성 장애	N61
222	유방의 비대	N62
223	유방의 상세불명의 덩이	N63
224	유방의 기타 장애	N64
225	난관염 및 난소염	N70
226	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
227	자궁경부의 염증성 질환	N72
228	기타 여성골반염증질환	N73
229	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애 (자궁경부의 결핵감염 및 여성 결핵성 골반염증질환 제외)	N74 (N74.0, N74.1 제외)
230	바르톨린선의 질환	N75
231	질 및 외음부의 기타 염증	N76
232	달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
233	자궁내막증	N80
234	여성생식기탈출	N81
235	여성생식관을 침범한 누공	N82
236	난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애	N83
237	여성생식관의 폴립	N84
238	자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
239	자궁경부의 미란 및 외반	N86
240	자궁경부의 이형성	N87
241	자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
242	질의 기타 비염증성 장애	N89
243	외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
244	무월경, 소량 및 희발 월경	N91
245	과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
246	기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
247	여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
248	폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95
249	습관적 유산자	N96

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
250	여성불임	N97
251	인공수정과 관련된 합병증	N98
252	비뇨생식계통의 기타 장애	N99

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

3형 질병분류표(369 대질병)

I. 약관에서 규정하는 3형 질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상 질병	분류 번호
1	콜레라	A00
2	장티푸스 및 파라티푸스	A01
3	기타 살모넬라감염	A02
4	시겔라증	A03
5	기타 세균성 장감염	A04
6	달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
7	아메바증	A06
8	기타 원충성 장질환	A07
9	바이러스성 및 기타 명시된 장감염	A08
10	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A09
11	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
12	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵	A16
13	신경계통의 결핵	A17
14	기타 기관의 결핵	A18
15	좁쌀결핵	A19
16	페스트	A20
17	야생토끼병	A21
18	탄저병	A22
19	브루셀라병	A23
20	마비저 및 유사마비저	A24
21	취물음열	A25
22	유사단독	A26
23	렙토스피라병	A27
24	달리 분류되지 않은 기타 동물매개의 세균성 질환	A28
25	나병[한센병]	A30
26	기타 형태의 마이코박테리아에 의한 감염	A31
27	리스테리아증	A32
28	신생아파상풍	A33
29	산과적 파상풍	A34
30	기타 파상풍	A35

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
31	디프테리아	A36
32	백일해	A37
33	성홍열	A38
34	수막알균감염 (수막알균성 심장병 제외)	A39 (A39.5 제외)
35	방선균증	A42
36	노카르디아증	A43
37	바르토넬라병	A44
38	단독(丹毒)	A46
39	달리 분류되지 않은 기타 세균성 질환	A48
40	상세불명 부위의 세균감염	A49
41	선천매독	A50
42	조기매독	A51
43	만기매독	A52
44	기타 및 상세불명의 매독	A53
45	임균감염	A54
46	클라미디아립프육아종(성병성)	A55
47	기타 성행위로 전파되는 클라미디아질환	A56
48	무른궤양	A57
49	사타구니육아종	A58
50	편모충증	A59
51	항문생식기의 헤르페스바이러스[단순헤르페스]감염	A60
52	달리 분류되지 않은 기타 주로 성행위로 전파되는 질환	A63
53	상세불명의 성매개질환	A64
54	비성병성 매독	A65
55	요스	A66
56	핀타	A67
57	재귀열	A68
58	기타 스피로헤타감염	A69
59	클라미디아 시타시 감염	A70
60	트라코마	A71
61	클라미디아에 의한 기타 질환	A74
62	발진티푸스	A75
63	홍반열[진드기매개 리케차병]	A77
64	큐열	A78
65	기타 리케차병	A79
66	급성 회색질척수염	A80
67	중추신경계통의 비정형바이러스감염	A81

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
68	광견병	A82
69	모기매개바이러스뇌염	A83
70	진드기매개바이러스뇌염	A84
71	달리 분류되지 않은 기타 바이러스뇌염	A85
72	상세불명의 바이러스뇌염	A86
73	바이러스수막염	A87
74	달리 분류되지 않은 중추신경계통의 기타 바이러스감염	A88
75	중추신경계통의 상세불명의 바이러스감염	A89
76	기타 모기매개바이러스열	A92
77	달리 분류되지 않은 기타 절지동물매개바이러스열	A93
78	상세불명의 절지동물매개 바이러스열	A94
79	황열	A95
80	아레나바이러스출혈열	A96
81	뎅기	A97
82	달리 분류되지 않은 기타 바이러스출혈열	A98
83	상세불명의 바이러스출혈열	A99
84	헤르페스바이러스[단순헤르페스] 감염	B00
85	수두	B01
86	대상포진	B02
87	마마	B03
88	원숭이두창	B04
89	홍역	B05
90	풍진	B06
91	달리 분류되지 않은 피부 및 점막병변이 특징인 기타 바이러스감염	B08
92	피부 및 점막병변이 특징인 상세불명의 바이러스감염	B09
93	감염성 및 기생충성 질환을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B20
94	악성 신생물을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B21
95	기타 명시된 질환을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B22
96	기타 병태를 유발한 사람면역결핍바이러스병	B23
97	상세불명의 사람면역결핍바이러스병	B24
98	거대세포바이러스병 (거대세포바이러스간염 제외)	B25 (B25.1 제외)
99	볼거리	B26
100	감염성 단핵구증	B27
101	바이러스결막염	B30
102	달리 분류되지 않은 기타 바이러스질환	B33
103	상세불명 부위의 바이러스감염	B34
104	백선증	B35

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
105	기타 표재성 진균증	B36
106	칸디다증 (칸디다심내막염 제외)	B37 (B37.6 제외)
107	콕시디오이데스진균증	B38
108	히스토플라스마증	B39
109	분아균증	B40
110	파라콕시디오이데스진균증	B41
111	스포로트릭스증	B42
112	색소진균증 및 피오진균농양	B43
113	아스페르길루스증	B44
114	크립토코쿠스증	B45
115	접합진균증	B46
116	진균증	B47
117	달리 분류되지 않은 기타 진균증	B48
118	상세불명의 진균증	B49
119	열대열원충말라리아	B50
120	삼일열원충말라리아	B51
121	사일열원충말라리아	B52
122	기타 기생충학적으로 확인된 말라리아	B53
123	상세불명의 말라리아	B54
124	리슈만편모충증	B55
125	아프리카파동편모충증	B56
126	샤가스병	B57
127	톡소포자충증 (톡소포자충간염 제외)	B58 (B58.1 제외)
128	달리 분류되지 않은 기타 원충질환	B60
129	상세불명의 원충병	B64
130	주혈흡충증	B65
131	기타 흡충감염	B66
132	포충증	B67
133	조충증	B68
134	낭미충증	B69
135	열두조충증 및 고충증	B70
136	기타 조충감염	B71
137	메디나충증	B72
138	사상충증	B74
139	선모충증	B75
140	구충병	B76

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
141	회충증	B77
142	분선충증	B78
143	편충증	B79
144	요충증	B80
145	달리 분류되지 않은 기타 장연충증	B81
146	상세불명의 장기생충증	B82
147	기타 연충증	B83
148	이감염증 및 사면발이증	B85
149	옴	B86
150	구더기증	B87
151	기타 감염	B88
152	상세불명의 기생충병	B89
153	결핵의 후유증	B90
154	회색질척수염의 후유증	B91
155	나병의 후유증	B92
156	기타 및 상세불명의 감염성 및 기생충성 질환의 후유증	B94
157	다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 연쇄알균 및 포도알균	B95
158	다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 기타 명시된 세균감염체	B96
159	다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 바이러스감염체	B97
160	다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 기타 명시된 감염체	B98
161	기타 및 상세불명의 감염성 질환	B99
162	철결핍빈혈	D50
163	비타민B12결핍빈혈	D51
164	엽산결핍빈혈	D52
165	기타 영양성 빈혈	D53
166	효소장애에 의한 빈혈	D55
167	지중해빈혈	D56
168	낮적혈구장애	D57
169	기타 유전성 용혈성 빈혈	D58
170	후천성 용혈성 빈혈	D59
171	후천성 순수적혈구무형성[적모구감소]	D60
172	기타 무형성빈혈	D61
173	급성 출혈후 빈혈	D62
174	달리 분류된 만성 질환에서의 빈혈	D63
175	기타 빈혈	D64
176	파종성 혈관내응고[탈피브린증후군]	D65
177	유전성 제8인자결핍	D66
178	유전성 제9인자결핍	D67

구분	대상 질병	분류 번호
179	기타 응고결함	D68
180	자반 및 기타 출혈성 병태	D69
181	무과립구증	D70
182	다형핵호중구의 기능장애	D71
183	백혈구의 기타 장애	D72
184	비장의 질환	D73
185	메트헤모글로빈혈증	D74
186	혈액 및 조혈기관의 기타 질환	D75
187	림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환	D76
188	달리 분류된 질환에서 혈액 및 조혈기관의 기타 장애	D77
189	항체결손이 현저한 면역결핍	D80
190	복합면역결핍	D81
191	기타 주요 결손과 관련된 면역결핍	D82
192	공통 가변성 면역결핍	D83
193	기타 면역결핍	D84
194	사르코이드증	D86
195	달리 분류되지 않은 면역메커니즘을 침범한 기타 장애	D89
196	선천성 요오드결핍증후군	E00
197	요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01
198	무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
199	기타 갑상선기능저하증	E03
200	기타 비독성 고이더	E04
201	갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
202	갑상선염	E06
203	갑상선의 기타 장애	E07
204	1형 당뇨병	E10
205	2형 당뇨병	E11
206	영양실조-관련 당뇨병	E12
207	기타 명시된 당뇨병	E13
208	상세불명의 당뇨병	E14
209	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
210	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
211	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
212	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
213	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
214	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
215	헌팅톤병	G10
216	유전성 운동실조	G11

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
217	척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
218	달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13
219	소아마비후증후군	G14
220	이차성 파킨슨증	G21
221	달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
222	기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
223	근긴장이상	G24
224	기타 추체외로 및 운동 장애	G25
225	달리 분류된 질환에서의 추체외로 및 운동 장애	G26
226	알츠하이머병	G30
227	달리 분류되지 않은 신경계통의 기타 퇴행성 질환	G31
228	달리 분류된 질환에서의 신경계통의 기타 퇴행장애	G32
229	기타 급성 파종성 탈수초	G36
230	중추신경계통의 기타 탈수초질환	G37
231	뇌전증	G40
232	뇌전증지속상태	G41
233	편두통	G43
234	기타 두통증후군	G44
235	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
236	수면장애	G47
237	삼차신경의 장애	G50
238	안면신경장애	G51
239	기타 뇌신경의 장애	G52
240	달리 분류된 질환에서의 뇌신경장애	G53
241	신경근 및 신경총 장애	G54
242	팔의 단일신경병증	G56
243	다리의 단일신경병증	G57
244	기타 단일신경병증	G58
245	달리 분류된 질환에서의 단일신경병증	G59
246	유전성 및 특발성 신경병증	G60
247	염증성 다발신경병증	G61
248	기타 다발신경병증	G62
249	달리 분류된 질환에서의 다발신경병증	G63
250	말초신경계통의 기타 장애	G64
251	중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
252	근육의 원발성 장애	G71
253	기타 근병증	G72

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
254	달리 분류된 질환에서의 신경근접합부 및 근육의 장애	G73
255	뇌성마비	G80
256	편마비	G81
257	하반신마비 및 사지마비	G82
258	기타 마비증후군	G83
259	수두증	G91
260	독성뇌병증	G92
261	뇌의 기타 장애	G93
262	달리 분류된 질환에서의 뇌의 기타 장애	G94
263	척수의 기타 질환	G95
264	중추신경계통의 기타 장애	G96
265	달리 분류되지 않은 신경계통의 처치후 장애	G97
266	달리 분류되지 않은 신경계통의 기타 장애	G98
267	갑상선이상성 안구돌출	H06.2
268	수정체의 기타 장애	H27
269	달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타 장애	H28
270	당뇨병성 망막병증	H36.0
271	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
272	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
273	류마티스무도병	I02
274	본태성(원발성) 고혈압	I10
275	고혈압성 심장병	I11
276	고혈압성 신장병	I12
277	고혈압성 심장 및 신장병	I13
278	이차성 고혈압	I15
279	고혈압성 뇌병증	I67.4
280	죽상경화증	I70
281	대동맥동맥류 및 박리	I71
282	기타 동맥류 및 박리	I72
283	기타 말초혈관질환	I73
284	동맥색전증 및 혈전증	I74
285	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
286	모세혈관의 질환	I78
287	달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79
288	정맥염 및 혈전정맥염	I80
289	문맥혈전증	I81
290	기타 정맥의 색전증 및 혈전증	I82
291	식도정맥류	I85

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
292	기타 부위의 정맥류	I86
293	정맥의 기타 장애	I87
294	비특이성 림프절염	I88
295	림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I89
296	저혈압	I95
297	달리 분류되지 않은 순환계통의 처치후 장애	I97
298	달리 분류된 질환에서의 순환계통의 기타 장애	I98
299	순환계통의 기타 및 상세불명의 장애	I99
300	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
301	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
302	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
303	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
304	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
305	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
306	상세불명 병원체의 폐렴	J18
307	탄광부진폐증	J60
308	석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증	J61
309	실리카를 함유한 먼지에 의한 진폐증	J62
310	기타 무기물먼지에 의한 진폐증	J63
311	상세불명의 진폐증	J64
312	결핵과 연관된 진폐증	J65
313	특정 유기물먼지에 의한 기도질환	J66
314	유기물먼지에 의한 과민성 폐렴	J67
315	화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
316	고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
317	기타 외부요인에 의한 호흡기병태	J70
318	위궤양	K25
319	십이지장궤양	K26
320	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
321	사타구니탈장	K40
322	대퇴탈장	K41
323	배꼽탈장	K42
324	복벽탈장	K43
325	횡격막탈장	K44
326	기타 복부탈장	K45
327	상세불명의 복부탈장	K46
328	크론병[국소성 장염]	K50
329	궤양성 대장염	K51

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
330	기타 비감염성 위장염 및 결장염	K52
331	장의 혈관장애	K55
332	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
333	장의 게실병	K57
334	과민대장증후군	K58
335	기타 기능성 장장애	K59
336	복막염	K65
337	복막의 기타 장애	K66
338	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애	K67
339	담석증	K80
340	담낭염	K81
341	담낭의 기타 질환	K82
342	담도의 기타 질환	K83
343	급성 췌장염	K85
344	췌장의 기타 질환	K86
345	달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애	K87
346	장흡수장애	K90
347	달리 분류되지 않은 소화계통의 처치후 장애	K91
348	소화계통의 기타 질환	K92
349	달리 분류된 질환에서의 기타 소화기관장애	K93
350	결핵관절염	M01.1
351	당뇨병성 관절병증	M14.2
352	신경병성 관절병증	M14.6
353	손가락 및 발가락의 후천변형 (외반무지(후천성) 제외)	M20 (M20.1 제외)
354	사지의 기타 후천변형	M21
355	척주후만증 및 척주전만증	M40
356	척주측만증	M41
357	척추골연골증	M42
358	기타 변형성 등병증	M43
359	척추의 결핵	M49.0
360	뼈의 결핵	M90.0
361	근골격계통 및 결합조직의 기타 후천성 변형	M95
362	달리 분류되지 않은 처치후 근골격장애	M96
363	달리 분류되지 않은 생체역학적 병변	M99
364	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
365	결핵성 방광염	N33.0
366	달리 분류된 질환에서의 전립선장애	N51.0

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
367	달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애	N51.1
368	자궁경부의 결핵감염	N74.0
369	여성 결핵성 골반염증질환	N74.1

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 5)

4형 질병분류표(61 대질병)

I. 약관에서 규정하는 4형 질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
1	수막알균성 심장병	A39.5
2	급성 A형간염	B15
3	급성 B형간염	B16
4	기타 급성 바이러스간염	B17
5	만성 바이러스간염	B18
6	상세불명의 바이러스간염	B19
7	거대세포바이러스간염	B25.1
8	칸디다심내막염	B37.6
9	톡소포자충간염	B58.1
10	회선사상충증	B73
11	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
12	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
13	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
14	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
15	파킨슨병	G20
16	다발경화증	G35
17	자율신경계통의 장애	G90
18	녹내장	H40
19	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
20	폐색전증	I26
21	기타 폐성 심장질환	I27
22	폐혈관의 기타 질환	I28
23	급성 심장막염	I30
24	심장막의 기타 질환	I31
25	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
26	급성 및 아급성 심내막염	I33
27	비류마티스성 승모판장애	I34
28	비류마티스성 대동맥판장애	I35
29	비류마티스성 삼첨판장애	I36
30	폐동맥판장애	I37

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
31	상세불명 판막의 심내막염	I38
32	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
33	급성 심근염	I40
34	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
35	심근병증	I42
36	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
37	방실차단 및 좌각차단	I44
38	기타 전도장애	I45
39	심장정지	I46
40	발작성 빈맥	I47
41	심방세동 및 조동	I48
42	기타 심장부정맥	I49
43	심부전	I50
44	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
45	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
46	폐기종	J43
47	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
48	천식	J45
49	천식지속상태	J46
50	기관지확장증	J47
51	알코올성 간질환	K70
52	독성간질환	K71
53	달리 분류되지 않은 간부전	K72
54	달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
55	간의 섬유증 및 경변증	K74
56	기타 염증성 간질환	K75
57	간의 기타 질환	K76
58	달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
59	급성 신부전	N17
60	만성 신장병	N18
61	상세불명의 신부전	N19

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 6)

5형 질병분류표(24 대질병)

I. 약관에서 규정하는 5형 질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
1	연쇄알균패혈증	A40
2	기타 패혈증	A41
3	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군	G46
4	류마티스성 승모판질환	I05
5	류마티스성 대동맥판질환	I06
6	류마티스성 삼첨판질환	I07
7	다발판막질환	I08
8	기타 류마티스심장질환	I09
9	협심증	I20
10	급성 심근경색증	I21
11	후속심근경색증	I22
12	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
13	기타 급성 허혈심장질환	I24
14	만성 허혈심장병	I25
15	거미막하출혈	I60
16	뇌내출혈	I61
17	기타 비외상성 두개내출혈	I62
18	뇌경색증	I63
19	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
20	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
21	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
22	기타 뇌혈관질환 (고혈압성 뇌병증 제외)	I67 (I67.4 제외)
23	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
24	뇌혈관질환의 후유증	I69

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장 하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 7)

수술분류표 II

I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술명
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25 cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)
	2. 피부이식수술(25 cm ² 미만인 경우)
	3. 유방절단수술(切斷術. Mastectomy)
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고 정물 제거술은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節)은 제외함]
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술

구분	수술명
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술
	17. 편도, 아데노이드 절제수술
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관 혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]
	26. 심장내(心臟內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)
29. 비장(脾腸) 절제수술	
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]

구분	수술명
소화기계의 수술	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]
비뇨기계, 생식기계의 수술 (인공임신중절 수술은 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]
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	47. 방광류·요실금 교정수술
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)
	50. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술
	51. 음낭관혈수술
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
55. 질탈(膻脫)근본수술	
내분비계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술
	57. 갑상선(甲狀腺), 부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술
	58. 부신(副腎) 절제수술

구분	수술명
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	60. 신경(神經) 관혈수술
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술
	68. 각막, 공막 이식수술
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	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.]
	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.]
	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.]
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)
76. 안와내양절제수술	
77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	
78. 안근(眼筋)관혈수술	
청각기 (聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]

구분	수술명
청각기 (聽覺器)의 수술	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.]
	83. 내이(內耳) 관혈수술
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	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
	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
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)
88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88 항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87 항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)
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. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

주)

1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 수술로 인정합니다.
 - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1 회의 수술로 인정합니다.
 - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 “관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)”로 인정하지 않습니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000 Rad 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]
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

주) 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(수술분류표Ⅱ 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술분류표Ⅱ>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 신경 BLOCK은 제외를 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. <수술분류표Ⅱ> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<수술분류표Ⅱ>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) <수술분류표Ⅱ>상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <수술분류표Ⅱ>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <수술분류표Ⅱ> 중 '일반질병 및 재해 치료 목적의 수술' 88 항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료 목적의 수술' 2 항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하

여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로써 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.

- 1) 미용 성형상의 수술
- 2) 피임(避妊) 목적의 수술
- 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
- 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

무배당 N 대질병입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나, 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 경우에는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당 N 대질병입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【 용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“경증 163 대 질병”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 4 【“1 형 질병”의 정의 및 진단확정】.....	2
제 2-1 조의 5 【“2 형 질병”의 정의 및 진단확정】.....	2
제 2-1 조의 6 【“3 형 질병”의 정의 및 진단확정】.....	2
제 2-1 조의 7 【“4 형 질병”의 정의 및 진단확정】.....	2
제 2-1 조의 8 【“5 형 질병”의 정의 및 진단확정】.....	2
제 2-1 조의 9 【“입원”의 정의와 장소】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 경증 163 대 질병분류표.....	10
(별표 3) 1 형 질병분류표(260 대질병).....	16
(별표 4) 2 형 질병분류표(252 대질병).....	24

(별표 5) 3형 질병분류표(369 대질병).....	32
(별표 6) 4형 질병분류표(61 대질병).....	43
(별표 7) 5형 질병분류표(24 대질병).....	46

무배당 N 대질병입원특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일부터 이 특약의 부가시에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 세부보장: 이 특약은 아래의 세부보장으로 구성되며, 계약자는 아래의 세부보장을 동시에 체결해야 합니다.

(세부보장)

경증163대 질병, 1형 질병입원(260대질병), 2형 질병입원(252대질병), 3형 질병입원(369대 질병), 4형 질병입원(61대질병), 5형 질병입원(24대질병)

제 2-1 조의 3 【“경증 163 대 질병”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경증 163 대 질병”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 경증 163 대질병(별표 2 “경증 163 대 질병분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경증 163 대 질병”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 2-1 조의 4 【“1 형 질병”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “1 형 질병”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 1 형 질병분류표 (260 대질병)(별표 3 “1 형 질병분류표(260 대질병)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “1 형 질병”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 2-1 조의 5 【“2 형 질병”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “2 형 질병”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 2 형 질병분류표 (252 대질병)(별표 4 “2 형 질병분류표(252 대질병)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “2 형 질병”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 2-1 조의 6 【“3 형 질병”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “3 형 질병”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 3 형 질병분류표 (369 대질병)(별표 5 “3 형 질병분류표(369 대질병)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “3 형 질병”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 2-1 조의 7 【“4 형 질병”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “4 형 질병”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 4 형 질병분류표 (61 대질병)(별표 6 “4 형 질병분류표(61 대질병)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “4 형 질병”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 2-1 조의 8 【“5 형 질병”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “5 형 질병”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 5 형 질병분류표 (24 대질병) (별표 7 “5 형 질병분류표(24 대질병)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “5 형 질병”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 2-1 조의 9 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 경증 163 대 질병, 1 형 질병, 2 형 질병, 3 형 질병, 4 형 질병 또는 5 형 질병(이하 “경증 163 대 질병, 1~5 형 질병”이라 합니다)으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

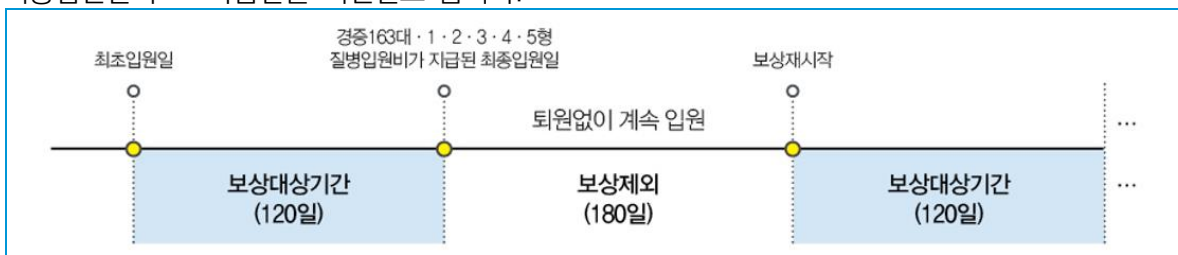
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경증 163대 질병, 1~5형 질병”으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1 일 이상 계속 입원하였을 때에는 보험수익자에게 해당 N 대 질병입원비 (별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 N 대 질병입원비의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 경증 163대 질병, 1~5형 질병으로 입원을 2 회 이상 한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제 2 항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 경증 163대 질병, 1~5형 질병으로 인한 입원이라도 N 대 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 N 대 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 N 대 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 2 항의 규정에 따라 계속 N 대 질병입원비를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
- ⑥ 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 N 대 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 2 가지 이상의 질병을 직접적인 목적으로 치료하기 위해 입원한 경우에는 가장 높은 N 대 질병

입원비를 지급하며 N 대 질병입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 N 대 질병입원비를 지급합니다. 다만, 2 가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 입원확인서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으

로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 각 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
경증 163 대 질병, 1~5 형 질병 : 약관 (별표 2 ~7) 참조			
N 대 질병입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경증 163 대 질병, 1~5 형 질병으 로 진단 확정되고, 그 치료를 직 접적인 목적으로 1 일 이상 계속 입원하였을 때	◎ 입원일수 1 일당 아래금액을 지급	
		세부보장 급부명	해당 지급금액
		경증 163 대 질병입원비	해당 보험가입금액
		1 형 질병입원비 (260 대질병)	해당 보험가입금액
		2 형 질병입원비 (252 대질병)	해당 보험가입금액
		3 형 질병입원비 (369 대질병)	해당 보험가입금액
		4 형 질병입원비 (61 대질병)	해당 보험가입금액
5 형 질병입원비 (24 대질병)	해당 보험가입금액		
		(1 회 입원당 지급일수 120 일 한도)	

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
N대 질병입원비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내: 평균공시이율의 50% 1 년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

경증 163 대 질병분류표

I. 약관에서 규정하는 0형 질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상 질병	분류 번호
1	바이러스사마귀	B07
2	맥립종 및 콩다래끼	H00
3	티눈 및 굳은살	L84
4	신장 및 요관의 결석	N20
5	하부요로의 결석	N21
6	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N22
7	상세불명의 신장 급통증	N23
8	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
9	상세불명의 신장위축	N26
10	원인불명의 작은 신장	N27
11	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
12	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
13	방광염	N30
14	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
15	방광의 기타 장애	N32
16	달리 분류된 질환에서의 방광장애 (결핵성 방광염 제외)	N33 (N33.0 제외)
17	요도염 및 요도증후군	N34
18	요도협착	N35
19	요도의 기타 장애	N36
20	달리 분류된 질환에서의 요도장애	N37
21	비뇨계통의 기타 장애	N39
22	전립선증식증	N40
23	전립선의 염증성 질환	N41
24	전립선의 기타 장애	N42
25	음낭수종 및 정액류	N43
26	고환의 염전	N44
27	고환염 및 부고환염	N45
28	남성불임	N46
29	과잉포피, 포경 및 감돈포경	N47

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
30	음경의 기타 장애	N48
31	달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애	N49
32	남성생식기관의 기타 장애	N50
33	달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애 (달리 분류된 질환에서의 전립선장애 및 달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애 제외)	N51 (N51.0, N51.1 제외)
34	자궁외임신	O00
35	포상기태	O01
36	기타 비정상적 수태부산물	O02
37	자연유산	O03
38	의학적 유산	O04
39	기타 유산	O05
40	상세불명의 유산	O06
41	시도된 유산의 실패	O07
42	유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증	O08
43	임신, 출산 및 산후기에 합병된 전에 있던 고혈압	O10
44	만성 고혈압에 겹친 전자간	O11
45	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨	O12
46	임신[임신-유발]고혈압	O13
47	전자간	O14
48	자간	O15
49	상세불명의 산모고혈압	O16
50	초기임신중 출혈	O20
51	임신중 과다구토	O21
52	임신중 정맥합병증 및 치핵	O22
53	임신중 비뇨생식관의 감염	O23
54	임신중 당뇨병	O24
55	임신중 영양실조	O25
56	주로 임신에 관련된 기타 병태의 산모관리	O26
57	산모의 출산전 선별검사의 이상소견	O28
58	임신중 마취의 합병증	O29
59	다태임신	O30
60	다태임신에 특이한 합병증	O31
61	태아의 알려진 또는 의심되는 이상태위에 대한 산모관리	O32
62	알려진 또는 의심되는 불균형에 대한 산모관리	O33
63	골반기관의 알려진 또는 의심되는 이상에 대한 산모관리	O34
64	알려진 또는 의심되는 태아 이상 및 손상에 대한 산모관리	O35
65	기타 알려진 또는 의심되는 태아문제에 대한 산모관리	O36

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
66	양수과다증	040
67	양수 및 양막의 기타 장애	041
68	양막의 조기파열	042
69	태반장애	043
70	전치태반	044
71	태반의 조기분리[태반조기박리]	045
72	달리 분류되지 않은 분만전 출혈	046
73	가진통	047
74	지연임신	048
75	조기진통 및 분만	060
76	유도분만의 실패	061
77	분만힘의 이상	062
78	지연진통	063
79	태아의 이상태위로 인한 난산	064
80	산모골반이상으로 인한 난산	065
81	기타 난산	066
82	달리 분류되지 않은 분만중 출혈이 합병된 진통 및 분만	067
83	태아스트레스[절박]가 합병된 진통 및 분만	068
84	땃줄합병증이 합병된 진통 및 분만	069
85	분만중 회음열상	070
86	기타 산과적 외상	071
87	분만후 출혈	072
88	출혈이 없는 잔류 태반 및 양막	073
89	진통 및 분만중 마취의 합병증	074
90	달리 분류되지 않은 진통 및 분만의 기타 합병증	075
91	산후기 패혈증	085
92	기타 산후기감염	086
93	산후기중 정맥합병증 및 치핵	087
94	산과적 색전증	088
95	산후기중 마취의 합병증	089
96	달리 분류되지 않은 산후기의 합병증	090
97	출산과 관련된 유방의 감염	091
98	출산과 관련된 유방 및 수유의 기타 장애	092
99	임신, 출산 및 산후기 합병증의 후유증	094
100	상세불명의 원인에 의한 산과적 사망	095
101	분만후 42 일 초과 1 년 이내에 일어난 모든 산과적 원인에 의한 사망	096
102	산과적 원인의 후유증에 의한 사망	097
103	달리 분류될 수 있지만 임신, 출산 및 산후기에 합병된 산모의 감염성	098

구분	대상 질병	분류 번호
	및 기생충성 질환	
104	달리 분류될 수 있지만 임신, 출산 및 산후기에 합병된 기타 산모질환	O99
105	현재 임신과는 관계없을 것 같은 산모병태에 의해 영향받은 태아 및 신생아	P00
106	임신의 산모합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P01
107	태반, 탯줄 및 태아막의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P02
108	진통 및 분만의 기타 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P03
109	태반 또는 모유를 통해 전달된 해로운 작용에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P04
110	태아성장지연 및 태아영양실조	P05
111	달리 분류되지 않은 단기임신 및 저체중출산에 관련된 장애	P07
112	장기임신 및 고체중출산에 관련된 장애	P08
113	출산손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈	P10
114	중추신경계통에 대한 기타 출산손상	P11
115	두피의 출산손상	P12
116	골격의 출산손상	P13
117	말초 신경계통의 출산손상	P14
118	기타 출산손상	P15
119	자궁내저산소증	P20
120	출산질식	P21
121	신생아의 호흡곤란	P22
122	선천폐렴	P23
123	신생아흡인증후군	P24
124	출생전후기에 기원한 간질성 폐기종 및 관련 병태	P25
125	출생전후기에 기원한 폐출혈	P26
126	출생전후기에 기원한 만성 호흡기질환	P27
127	출생전후기에 기원한 기타 호흡기병태	P28
128	출생전후기에 기원한 심혈관장애	P29
129	선천성 바이러스질환	P35
130	신생아의 세균패혈증	P36
131	기타 선천성 감염 및 기생충질환	P37
132	경도의 출혈을 동반하거나 동반하지 않은 신생아배꼽염	P38
133	출생전후기에 특이한 기타 감염	P39
134	태아실혈	P50
135	신생아의 탯줄출혈	P51
136	태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P52
137	태아 및 신생아의 출혈성 질환	P53
138	기타 신생아출혈	P54

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
139	태아 및 신생아의 용혈질환	P55
140	용혈질환으로 인한 태아수종	P56
141	핵황달	P57
142	기타 과다용혈로 인한 신생아황달	P58
143	기타 및 상세불명의 원인으로 인한 신생아황달	P59
144	태아 및 신생아의 파종성 혈관내응고	P60
145	기타 출생전후기 혈액학적 장애	P61
146	태아 및 신생아에 특이한 일과성 탄수화물대사장애	P70
147	일과성 신생아 칼슘 및 마그네슘 대사장애	P71
148	기타 일과성 신생아내분비장애	P72
149	기타 일과성 신생아 전해질 및 대사 장애	P74
150	낭성 섬유증에서의 태변장폐색	P75
151	신생아의 기타 장폐색	P76
152	태아 및 신생아의 과사성 장결장염	P77
153	기타 출생전후기 소화계통장애	P78
154	신생아의 저체온증	P80
155	신생아 체온조절의 기타 장애	P81
156	태아 및 신생아에 특이한 피부의 기타 병태	P83
157	신생아의 경련	P90
158	신생아 대뇌상태의 기타 장애	P91
159	신생아의 수유문제	P92
160	태아 및 신생아에게 투여한 약물의 반응 및 중독	P93
161	신생아의 근긴장도의 장애	P94
162	상세불명 원인의 태아사망	P95
163	출생전후기에 기원한 기타 병태	P96

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된

경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

1 형 질병분류표(260 대질병)

I. 약관에서 규정하는 1 형 질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
1	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	D12
2	양성 지방종성 신생물	D17
3	멜라닌세포모반	D22
4	피부의 기타 양성 신생물	D23
5	비당뇨병성 저혈당성 혼수	E15
6	혜장내분비의 기타 장애	E16
7	부갑상선기능저하증	E20
8	부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E21
9	뇌하수체의 기능항진	E22
10	뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E23
11	쿠싱증후군	E24
12	부신생식기장애	E25
13	고알도스테론증	E26
14	부신의 기타 장애	E27
15	난소의 기능이상	E28
16	고환의 기능이상	E29
17	달리 분류되지 않은 사춘기의 장애	E30
18	다선성 기능이상	E31
19	흉선의 질환	E32
20	기타 내분비장애	E34
21	달리 분류된 질환에서의 내분비선장애	E35
22	과시오르코르	E40
23	영양성 소모증	E41
24	소모성 과시오르코르	E42
25	상세불명의 중증 단백질-에너지영양실조	E43
26	중등도 및 경도의 단백질-에너지영양실조	E44
27	단백질-에너지영양실조로 인한 발육지연	E45
28	상세불명의 단백질-에너지영양실조	E46
29	비타민A결핍	E50
30	티아민결핍	E51

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
31	니아신결핍[펠라그라]	E52
32	기타 비타민B군의 결핍	E53
33	아스코르빈산결핍	E54
34	비타민D결핍	E55
35	기타 비타민결핍	E56
36	식사성 칼슘결핍	E58
37	식사성 셀레늄결핍	E59
38	식사성 아연결핍	E60
39	기타 영양소의 결핍	E61
40	기타 영양결핍	E63
41	영양실조 및 기타 영양결핍의 후유증	E64
42	국소적 지방과다	E65
43	비만	E66
44	기타 과영양	E67
45	과영양의 후유증	E68
46	방향족아미노산대사장애	E70
47	축쇄아미노산 및 지방산 대사장애	E71
48	아미노산대사의 기타 장애	E72
49	젖당불내성	E73
50	탄수화물대사의 기타 장애	E74
51	스핑고지질대사장애 및 기타 지질축적장애	E75
52	글리코사미노글라이칸대사장애	E76
53	당단백질대사장애	E77
54	지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78
55	퓨린 및 피리미딘의 대사장애	E79
56	포르피린 및 빌리루빈 대사장애	E80
57	무기질대사장애	E83
58	낭성 섬유증	E84
59	아밀로이드증	E85
60	용적고갈	E86
61	수분, 전해질 및 산-염기균형의 기타 장애	E87
62	기타 대사장애	E88
63	달리 분류되지 않은 처치후 내분비 및 대사 장애	E89
64	달리 분류된 질환에서의 영양 및 대사 장애	E90
65	노년백내장	H25
66	기타 백내장	H26
67	급성 비인두염[감기]	J00
68	급성 부비동염	J01

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
69	급성 인두염	J02
70	급성 편도염	J03
71	급성 후두염 및 기관염	J04
72	급성 폐색성 후두염[크룹] 및 후두개염	J05
73	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도감염	J06
74	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
75	만성 비염, 비인두염 및 인두염	J31
76	만성 부비동염	J32
77	코폴립	J33
78	코 및 비동의 기타 장애	J34
79	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
80	편도주위농양	J36
81	만성 후두염 및 후두기관염	J37
82	달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38
83	상기도의 기타 질환	J39
84	치아의 발육 및 맹출 장애	K00
85	매물치 및 매복치	K01
86	치아우식	K02
87	치아경조직의 기타 질환	K03
88	치수 및 근단주위조직의 질환	K04
89	치은염 및 치주질환	K05
90	잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	K06
91	치아열굴이상[부정교합포함]	K07
92	치아 및 지지구조의 기타 장애	K08
93	달리 분류되지 않은 구강영역의 낭	K09
94	항문 및 직장부의 열창 및 누공	K60
95	항문 및 직장부의 농양	K61
96	항문 및 직장의 기타 질환	K62
97	장의 기타 질환	K63
98	치핵 및 항문주위정맥혈전증	K64
99	포도알균성 화상피부증후군	L00
100	농가진	L01
101	피부의 농양, 종기 및 큰종기	L02
102	연조직염	L03
103	급성 림프절염	L04
104	모소낭	L05
105	피부 및 피하조직의 기타 국소감염	L08
106	천포창	L10

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
107	기타 극세포분리장애	L11
108	유사천포창	L12
109	기타 수포성 장애	L13
110	달리 분류된 질환에서의 수포성 장애	L14
111	아토피성 피부염	L20
112	지루피부염	L21
113	기저귀[냅킨]피부염	L22
114	알레르기성 접촉피부염	L23
115	자극물접촉피부염	L24
116	상세불명의 접촉피부염	L25
117	탈락피부염	L26
118	내부로 섭취된 물질에 의한 피부염	L27
119	만성 단순태선 및 가려움발진	L28
120	가려움	L29
121	기타 피부염	L30
122	건선 (관절병성 건선 제외)	L40 (L40.5 제외)
123	유사건선	L41
124	장미색잔비늘증(비강진)	L42
125	편평태선	L43
126	기타 구진비늘장애	L44
127	달리 분류된 질환에서의 구진비늘장애	L45
128	두드러기	L50
129	다형홍반	L51
130	결절홍반	L52
131	기타 홍반성 병태	L53
132	달리 분류된 질환에서의 홍반	L54
133	일광화상	L55
134	자외선에 의한 기타 급성 피부변화	L56
135	비이온화방사선 만성 노출에 의한 피부변화	L57
136	방사선피부염	L58
137	방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59
138	손발톱장애	L60
139	달리 분류된 질환에서의 손발톱장애	L62
140	원형 탈모증	L63
141	안드로젠탈모증	L64
142	기타 비흉터성 모발손실	L65
143	흉터탈모증[흉터성 모발손실]	L66

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
144	모발색 및 모발줄기 이상	L67
145	털과다증	L68
146	여드름	L70
147	주사	L71
148	피부 및 피하조직의 모낭낭	L72
149	기타 모낭장애	L73
150	에크린땀샘장애	L74
151	아포크린땀샘장애	L75
152	백반증	L80
153	색소침착의 기타 장애	L81
154	지루각화증	L82
155	흑색극세포증	L83
156	기타 표피의 비후	L85
157	달리 분류된 질환에서의 각피증	L86
158	표피경유제거장애	L87
159	과저성 농피증	L88
160	육창궤양 및 압박부위	L89
161	피부의 위축장애	L90
162	피부의 비대성 장애	L91
163	피부 및 피하조직의 육아종성 장애	L92
164	홍반루푸스	L93
165	기타 국소적 결합조직장애	L94
166	달리 분류되지 않은 피부에 한정된 혈관염	L95
167	달리 분류되지 않은 다리의 궤양	L97
168	달리 분류되지 않은 피부 및 피하조직의 기타 장애	L98
169	달리 분류된 질환에서의 피부 및 피하조직의 기타 장애	L99
170	심장박동의 이상	R00
171	심잡음 및 기타 심음	R01
172	달리 분류되지 않은 괴저	R02
173	진단명 없는 혈압수치이상	R03
174	기도출혈	R04
175	기침	R05
176	호흡의 이상	R06
177	목구멍 및 가슴의 통증	R07
178	순환계통 및 호흡계통의 기타 증상 및 징후	R09
179	복부 및 골반 통증	R10
180	구역 및 구토	R11
181	속쓰림	R12

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
182	삼킴곤란	R13
183	고창 및 연관된 병태	R14
184	대변실금	R15
185	달리 분류되지 않은 간비대 및 비장비대	R16
186	황달을 동반하거나 동반하지 않은 달리 분류되지 않은 과빌리루빈 혈증	R17
187	복수	R18
188	소화계통 및 복부의 기타 증상 및 징후	R19
189	피부감각의 장애	R20
190	발진 및 기타 비특이성 피부발진	R21
191	피부 및 피하조직의 국소적 부기, 종괴 및 덩이	R22
192	기타 피부변화	R23
193	이상불수의운동	R25
194	보행과 이동의 이상	R26
195	기타 협조결여	R27
196	신경계통 및 근골격계통의 기타 증상 및 징후	R29
197	배뇨와 연관된 통증	R30
198	상세불명의 혈뇨	R31
199	상세불명의 요실금	R32
200	소변정체	R33
201	무뇨 및 찝뇨	R34
202	다뇨	R35
203	요도분비물	R36
204	비뇨계통의 기타 증상 및 징후	R39
205	기면, 혼미 및 혼수	R40
206	인지기능 및 자각에 관련된 기타 증상 및 징후	R41
207	어지럼증 및 어지럼	R42
208	후각 및 미각 장애	R43
209	일반적 감각 및 지각에 관련된 기타 증상 및 징후	R44
210	정서상태에 관련된 증상 및 징후	R45
211	외양 및 행동에 관련된 증상 및 징후	R46
212	달리 분류되지 않은 언어장애	R47
213	달리 분류되지 않은 난독증 및 기타 상징적 기능이상	R48
214	음성장애	R49
215	기타 및 원인미상의 열	R50
216	두통	R51
217	달리 분류되지 않은 통증	R52
218	병감 및 피로	R53

구분	대상 질병	분류 번호
219	노쇠	R54
220	실신 및 허탈	R55
221	달리 분류되지 않은 경련	R56
222	달리 분류되지 않은 쇼크	R57
223	달리 분류되지 않은 출혈	R58
224	림프절비대	R59
225	달리 분류되지 않은 부종	R60
226	다한증	R61
227	기대되는 정상 생리학적 발달의 결여	R62
228	음식 및 수액 섭취에 관계된 증상 및 징후	R63
229	카켅시아	R64
230	전신염증반응증후군	R65
231	기타 전신 증상 및 징후	R68
232	미상 및 상세불명의 병인	R69
233	적혈구침강속도의 상승 및 혈장점도의 이상	R70
234	적혈구의 이상	R71
235	달리 분류되지 않은 백혈구의 이상	R72
236	혈당치상승	R73
237	이상혈청효소수치	R74
238	사람면역결핍바이러스의 검사실 증거	R75
239	혈청의 기타 면역학적 이상소견	R76
240	혈장단백질의 기타 이상	R77
241	정상적으로는 혈액내에 없는 약물 및 기타 물질의 소견	R78
242	혈액화학의 기타 이상소견	R79
243	고립된 단백뇨	R80
244	당뇨	R81
245	요의 기타 이상소견	R82
246	뇌척수액의 이상소견	R83
247	호흡기관 및 흉부 검사물의 이상소견	R84
248	소화기관 및 복강 검사물의 이상소견	R85
249	남성생식기관 검사물의 이상소견	R86
250	여성생식기관 검사물의 이상소견	R87
251	기타 기관, 계통 및 조직 검사물의 이상소견	R89
252	중추신경계통의 진단영상검사상 이상소견	R90
253	폐의 진단영상검사상 이상소견	R91
254	유방의 진단영상검사상 이상소견	R92
255	기타 신체구조의 진단영상검사상 이상소견	R93
256	기능검사의 이상결과	R94

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
257	영아돌연사증후군	R95
258	원인 미상의 기타 돌연사	R96
259	지켜본 사람이 없었던 사망	R98
260	기타 불명확하고 상세불명의 사망원인	R99

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

2 형 질병분류표(252 대질병)

I. 약관에서 규정하는 2 형 질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
1	입 및 인두의 양성 신생물	D10
2	주침샘의 양성 신생물	D11
3	기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13
4	중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
5	기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
6	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
7	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	D18
8	중피조직의 양성 신생물	D19
9	후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
10	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
11	유방의 양성 신생물	D24
12	자궁의 평활근종	D25
13	자궁의 기타 양성 신생물	D26
14	난소의 양성 신생물	D27
15	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
16	남성생식기관의 양성 신생물	D29
17	비뇨기관의 양성 신생물	D30
18	눈 및 부속기의 양성 신생물	D31
19	수막의 양성 신생물	D32
20	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
21	갑상선의 양성 신생물	D34
22	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
23	기타 및 상세불명 부위의 양성 신생물	D36
24	달리 분류된 질환에서의 신경근 및 신경총 압박	G55
25	달리 분류된 질환에서의 신경계통의 기타 장애	G99
26	눈꺼풀의 기타 염증	H01
27	눈꺼풀의 기타 장애	H02
28	달리 분류된 질환에서의 눈꺼풀의 장애	H03
29	눈물계통의 장애	H04
30	안와의 장애	H05

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
31	달리 분류된 질환에서의 눈물계통 및 안와의 장애 (갑상선이상성 안구돌출 제외)	H06 (H06.2 제외)
32	결막염	H10
33	결막의 기타 장애	H11
34	달리 분류된 질환에서의 결막의 장애	H13
35	공막의 장애	H15
36	각막염	H16
37	각막 흉터 및 혼탁	H17
38	각막의 기타 장애	H18
39	달리 분류된 질환에서의 공막 및 각막의 장애	H19
40	홍채섬모체염	H20
41	홍채 및 섬모체의 기타 장애	H21
42	달리 분류된 질환에서의 홍채 및 섬모체의 장애	H22
43	맥락망막염증	H30
44	맥락막의 기타 장애	H31
45	달리 분류된 질환에서의 맥락망막장애	H32
46	망막박리 및 망막열공	H33
47	망막혈관폐쇄	H34
48	기타 망막장애	H35
49	달리 분류된 질환에서의 망막장애 (당뇨병성 망막병증 제외)	H36 (H36.0 제외)
50	유리체의 장애	H43
51	안구의 장애	H44
52	달리 분류된 질환에서의 유리체 및 안구의 장애	H45
53	시신경염	H46
54	시[제2]신경 및 시각경로의 기타 장애	H47
55	달리 분류된 질환에서의 시[제2]신경 및 시각경로의 장애	H48
56	마비성 사시	H49
57	기타 사시	H50
58	양안운동의 기타 장애	H51
59	굴절 및 조절의 장애	H52
60	시각장애	H53
61	실명을 포함한 시력장애(양안의 또는 단안의)	H54
62	안진 및 기타 불규칙적 눈운동	H55
63	눈 및 눈부속기의 기타 장애	H57
64	달리 분류된 질환에서의 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H58
65	달리 분류되지 않은 눈 및 눈부속기의 처치후 장애	H59
66	외이염	H60

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
67	외이의 기타 장애	H61
68	달리 분류된 질환에서의 외이의 장애	H62
69	비화농성 중이염	H65
70	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
71	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
72	귀인두관염 및 귀인두관 폐색	H68
73	귀인두관의 기타 장애	H69
74	유돌염 및 관련 병태	H70
75	중이의 진주종	H71
76	고막의 천공	H72
77	고막의 기타 장애	H73
78	중이 및 유돌의 기타 장애	H74
79	달리 분류된 질환에서의 중이 및 유돌의 기타 장애	H75
80	귀경화증	H80
81	전정기능의 장애	H81
82	달리 분류된 질환에서의 현기증후군	H82
83	내이의 기타 질환	H83
84	전음성 및 감각신경성 청력소실	H90
85	기타 청력소실	H91
86	귀통증 및 귀의 삼출액	H92
87	달리 분류되지 않은 귀의 기타 장애	H93
88	달리 분류된 질환에서의 귀의 기타 장애	H94
89	달리 분류되지 않은 귀 및 유돌의 처치후 장애	H95
90	하지의 정맥류	I83
91	확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
92	확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
93	바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11
94	급성 기관지염	J20
95	급성 세기관지염	J21
96	상세불명의 급성 하기도감염	J22
97	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
98	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
99	상세불명의 만성 기관지염	J42
100	성인호흡곤란증후군	J80
101	폐부종	J81
102	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
103	기타 간질성 폐질환	J84

구분	대상 질병	분류 번호
104	폐 및 종격의 농양	J85
105	농흉	J86
106	달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
107	달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
108	흉막판	J92
109	기흉	J93
110	기타 흉막의 병태	J94
111	달리 분류되지 않은 처치후 호흡장애	J95
112	달리 분류되지 않은 호흡부전	J96
113	기타 호흡장애	J98
114	달리 분류된 질환에서의 호흡장애	J99
115	턱의 기타 질환	K10
116	침샘의 질환	K11
117	구내염 및 관련 병변	K12
118	입술 및 구강점막의 기타 질환	K13
119	혀의 질환	K14
120	식도염	K20
121	위-식도역류병	K21
122	식도의 기타 질환	K22
123	달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K23
124	위공장궤양	K28
125	위염 및 십이지장염	K29
126	기능성 소화불량	K30
127	위 및 십이지장의 기타 질환	K31
128	급성 충수염	K35
129	기타 충수염	K36
130	상세불명의 충수염	K37
131	충수의 기타 질환	K38
132	관절병성 건선	L40.5
133	화농성 관절염	M00
134	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접감염 (결핵관절염 제외)	M01 (M01.1 제외)
135	반응성 관절병증	M02
136	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
137	혈청검사양성 류마티스관절염	M05
138	기타 류마티스관절염	M06
139	건선성 및 장병성 관절병증	M07
140	연소성 관절염	M08

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
141	달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염	M09
142	통풍	M10
143	기타 결정 관절병증	M11
144	기타 특정 관절병증	M12
145	기타 관절염	M13
146	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증 (당뇨병성 관절병증, 신경병성 관절병증 제외)	M14 (M14.2, M14.6 제외)
147	다발관절증	M15
148	고관절증	M16
149	무릎관절증	M17
150	제1수근중수관절의 관절증	M18
151	기타 관절증	M19
152	외반무지(후천성)	M20.1
153	무릎뼈의 장애	M22
154	무릎의 내부장애	M23
155	기타 특정 관절장애	M24
156	달리 분류되지 않은 기타 관절장애	M25
157	결절성 다발동맥염 및 관련 병태	M30
158	기타 과사성 혈관병증	M31
159	전신홍반루푸스	M32
160	피부다발근염	M33
161	전신경화증	M34
162	결합조직의 기타 전신침범	M35
163	달리 분류된 질환에서의 결합조직의 전신장애	M36
164	강직척추염	M45
165	기타 염증성 척추병증	M46
166	척추증	M47
167	기타 척추병증	M48
168	달리 분류된 질환에서의 척추병증 (척추의 결핵 제외)	M49 (M49.0 제외)
169	경추간판장애	M50
170	기타 추간판장애	M51
171	달리 분류되지 않은 기타 등병증	M53
172	등통증	M54
173	근염	M60
174	근육의 석회화 및 골화	M61
175	근육의 기타 장애	M62
176	달리 분류된 질환에서의 근육장애	M63

구분	대상 질병	분류 번호
177	윤활막염 및 힘줄윤활막염	M65
178	윤활막 및 힘줄의 자연파열	M66
179	윤활막 및 힘줄의 기타 장애	M67
180	달리 분류된 질환에서의 윤활막 및 힘줄의 장애	M68
181	사용, 과용 및 압박에 관련된 연조직장애	M70
182	기타 윤활낭병증	M71
183	섬유모세포포장애	M72
184	달리 분류된 질환에서의 연조직장애	M73
185	어깨병변	M75
186	발을 제외한 다리의 골부착부병증	M76
187	기타 골부착부병증	M77
188	달리 분류되지 않은 기타 연조직장애	M79
189	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
190	병적 골절이 없는 골다공증	M81
191	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
192	성인골연화증	M83
193	골연속성의 장애	M84
194	골밀도 및 구조의 기타 장애	M85
195	골수염	M86
196	골괴사	M87
197	뼈의 파절병[변형성 골염]	M88
198	뼈의 기타 장애	M89
199	달리 분류된 질환에서의 골병증 (뼈의 결핵 제외)	M90 (M90.0 제외)
200	고관절 및 골반의 연소성 골연골증	M91
201	기타 연소성 골연골증	M92
202	기타 골연골병증	M93
203	연골의 기타 장애	M94
204	급성 신염증후군	N00
205	급속 진행성 신염증후군	N01
206	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
207	만성 신염증후군	N03
208	신증후군	N04
209	상세불명의 신염증후군	N05
210	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
211	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
212	달리 분류된 질환에서의 사구체장애 (당뇨병에서의 사구체 장애 제외)	N08 (N08.3 제외)

구분	대상 질병	분류 번호
213	급성 세뇨관-간질신장염	N10
214	만성 세뇨관-간질신장염	N11
215	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
216	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
217	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
218	기타 신세뇨관-간질질환	N15
219	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16
220	양성 유방형성이상	N60
221	유방의 염증성 장애	N61
222	유방의 비대	N62
223	유방의 상세불명의 덩이	N63
224	유방의 기타 장애	N64
225	난관염 및 난소염	N70
226	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
227	자궁경부의 염증성 질환	N72
228	기타 여성골반염증질환	N73
229	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애 (자궁경부의 결핵감염 및 여성 결핵성 골반염증질환 제외)	N74 (N74.0, N74.1 제외)
230	바르톨린선의 질환	N75
231	질 및 외음부의 기타 염증	N76
232	달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
233	자궁내막증	N80
234	여성생식기탈출	N81
235	여성생식관을 침범한 누공	N82
236	난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애	N83
237	여성생식관의 폴립	N84
238	자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
239	자궁경부의 미란 및 외반	N86
240	자궁경부의 이형성	N87
241	자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
242	질의 기타 비염증성 장애	N89
243	외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
244	무월경, 소량 및 희발 월경	N91
245	과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
246	기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
247	여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
248	폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95
249	습관적 유산자	N96

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
250	여성불임	N97
251	인공수정과 관련된 합병증	N98
252	비뇨생식계통의 기타 장애	N99

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 5)

3형 질병분류표(369 대질병)

I. 약관에서 규정하는 3형 질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상 질병	분류 번호
1	콜레라	A00
2	장티푸스 및 파라티푸스	A01
3	기타 살모넬라감염	A02
4	시겔라증	A03
5	기타 세균성 장감염	A04
6	달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
7	아메바증	A06
8	기타 원충성 장질환	A07
9	바이러스성 및 기타 명시된 장감염	A08
10	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A09
11	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
12	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵	A16
13	신경계통의 결핵	A17
14	기타 기관의 결핵	A18
15	좁쌀결핵	A19
16	페스트	A20
17	야생토끼병	A21
18	탄저병	A22
19	브루셀라병	A23
20	마비저 및 유사마비저	A24
21	취물음열	A25
22	유사단독	A26
23	렙토스피라병	A27
24	달리 분류되지 않은 기타 동물매개의 세균성 질환	A28
25	나병[한센병]	A30
26	기타 형태의 마이코박테리아에 의한 감염	A31
27	리스테리아증	A32
28	신생아파상풍	A33
29	산과적 파상풍	A34
30	기타 파상풍	A35

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
31	디프테리아	A36
32	백일해	A37
33	성홍열	A38
34	수막알균감염 (수막알균성 심장병 제외)	A39 (A39.5 제외)
35	방선균증	A42
36	노카르디아증	A43
37	바르토넬라병	A44
38	단독(丹毒)	A46
39	달리 분류되지 않은 기타 세균성 질환	A48
40	상세불명 부위의 세균감염	A49
41	선천매독	A50
42	조기매독	A51
43	만기매독	A52
44	기타 및 상세불명의 매독	A53
45	임균감염	A54
46	클라미디아립프육아종(성병성)	A55
47	기타 성행위로 전파되는 클라미디아질환	A56
48	무른궤양	A57
49	사타구니육아종	A58
50	편모충증	A59
51	항문생식기의 헤르페스바이러스[단순헤르페스]감염	A60
52	달리 분류되지 않은 기타 주로 성행위로 전파되는 질환	A63
53	상세불명의 성매개질환	A64
54	비성병성 매독	A65
55	요스	A66
56	핀타	A67
57	재귀열	A68
58	기타 스피로헤타감염	A69
59	클라미디아 시타시 감염	A70
60	트라코마	A71
61	클라미디아에 의한 기타 질환	A74
62	발진티푸스	A75
63	홍반열[진드기매개 리케차병]	A77
64	큐열	A78
65	기타 리케차병	A79
66	급성 회색질척수염	A80
67	중추신경계통의 비정형바이러스감염	A81

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
68	광견병	A82
69	모기매개바이러스뇌염	A83
70	진드기매개바이러스뇌염	A84
71	달리 분류되지 않은 기타 바이러스뇌염	A85
72	상세불명의 바이러스뇌염	A86
73	바이러스수막염	A87
74	달리 분류되지 않은 중추신경계통의 기타 바이러스감염	A88
75	중추신경계통의 상세불명의 바이러스감염	A89
76	기타 모기매개바이러스열	A92
77	달리 분류되지 않은 기타 절지동물매개바이러스열	A93
78	상세불명의 절지동물매개 바이러스열	A94
79	황열	A95
80	아레나바이러스출혈열	A96
81	뎅기	A97
82	달리 분류되지 않은 기타 바이러스출혈열	A98
83	상세불명의 바이러스출혈열	A99
84	헤르페스바이러스[단순헤르페스] 감염	B00
85	수두	B01
86	대상포진	B02
87	마마	B03
88	원숭이두창	B04
89	홍역	B05
90	풍진	B06
91	달리 분류되지 않은 피부 및 점막병변이 특징인 기타 바이러스감염	B08
92	피부 및 점막병변이 특징인 상세불명의 바이러스감염	B09
93	감염성 및 기생충성 질환을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B20
94	악성 신생물을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B21
95	기타 명시된 질환을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B22
96	기타 병태를 유발한 사람면역결핍바이러스병	B23
97	상세불명의 사람면역결핍바이러스병	B24
98	거대세포바이러스병 (거대세포바이러스간염 제외)	B25 (B25.1 제외)
99	볼거리	B26
100	감염성 단핵구증	B27
101	바이러스결막염	B30
102	달리 분류되지 않은 기타 바이러스질환	B33
103	상세불명 부위의 바이러스감염	B34
104	백선증	B35

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
105	기타 표재성 진균증	B36
106	칸디다증 (칸디다심내막염 제외)	B37 (B37.6 제외)
107	콕시디오이데스진균증	B38
108	히스토플라스마증	B39
109	분아균증	B40
110	파라콕시디오이데스진균증	B41
111	스포로트릭스증	B42
112	색소진균증 및 피오진균농양	B43
113	아스페르길루스증	B44
114	크립토코쿠스증	B45
115	접합진균증	B46
116	진균증	B47
117	달리 분류되지 않은 기타 진균증	B48
118	상세불명의 진균증	B49
119	열대열원충말라리아	B50
120	삼일열원충말라리아	B51
121	사일열원충말라리아	B52
122	기타 기생충학적으로 확인된 말라리아	B53
123	상세불명의 말라리아	B54
124	리슈만편모충증	B55
125	아프리카파동편모충증	B56
126	샤가스병	B57
127	톡소포자충증 (톡소포자충간염 제외)	B58 (B58.1 제외)
128	달리 분류되지 않은 기타 원충질환	B60
129	상세불명의 원충병	B64
130	주혈흡충증	B65
131	기타 흡충감염	B66
132	포충증	B67
133	조충증	B68
134	낭미충증	B69
135	열두조충증 및 고충증	B70
136	기타 조충감염	B71
137	메디나충증	B72
138	사상충증	B74
139	선모충증	B75
140	구충병	B76

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
141	회충증	B77
142	분선충증	B78
143	편충증	B79
144	요충증	B80
145	달리 분류되지 않은 기타 장연충증	B81
146	상세불명의 장기생충증	B82
147	기타 연충증	B83
148	이감염증 및 사면발이증	B85
149	옴	B86
150	구더기증	B87
151	기타 감염	B88
152	상세불명의 기생충병	B89
153	결핵의 후유증	B90
154	회색질척수염의 후유증	B91
155	나병의 후유증	B92
156	기타 및 상세불명의 감염성 및 기생충성 질환의 후유증	B94
157	다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 연쇄알균 및 포도알균	B95
158	다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 기타 명시된 세균감염체	B96
159	다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 바이러스감염체	B97
160	다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 기타 명시된 감염체	B98
161	기타 및 상세불명의 감염성 질환	B99
162	철결핍빈혈	D50
163	비타민B12결핍빈혈	D51
164	엽산결핍빈혈	D52
165	기타 영양성 빈혈	D53
166	효소장애에 의한 빈혈	D55
167	지중해빈혈	D56
168	낮적혈구장애	D57
169	기타 유전성 용혈성 빈혈	D58
170	후천성 용혈성 빈혈	D59
171	후천성 순수적혈구무형성[적모구감소]	D60
172	기타 무형성빈혈	D61
173	급성 출혈후 빈혈	D62
174	달리 분류된 만성 질환에서의 빈혈	D63
175	기타 빈혈	D64
176	파종성 혈관내응고[탈피브린증후군]	D65
177	유전성 제8인자결핍	D66
178	유전성 제9인자결핍	D67

구분	대상 질병	분류 번호
179	기타 응고결핍	D68
180	자반 및 기타 출혈성 병태	D69
181	무과립구증	D70
182	다형핵호중구의 기능장애	D71
183	백혈구의 기타 장애	D72
184	비장의 질환	D73
185	메트헤모글로빈혈증	D74
186	혈액 및 조혈기관의 기타 질환	D75
187	림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환	D76
188	달리 분류된 질환에서 혈액 및 조혈기관의 기타 장애	D77
189	항체결손이 현저한 면역결핍	D80
190	복합면역결핍	D81
191	기타 주요 결손과 관련된 면역결핍	D82
192	공통 가변성 면역결핍	D83
193	기타 면역결핍	D84
194	사르코이드증	D86
195	달리 분류되지 않은 면역메커니즘을 침범한 기타 장애	D89
196	선천성 요오드결핍증후군	E00
197	요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01
198	무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
199	기타 갑상선기능저하증	E03
200	기타 비독성 고이더	E04
201	갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
202	갑상선염	E06
203	갑상선의 기타 장애	E07
204	1형 당뇨병	E10
205	2형 당뇨병	E11
206	영양실조-관련 당뇨병	E12
207	기타 명시된 당뇨병	E13
208	상세불명의 당뇨병	E14
209	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
210	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
211	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
212	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
213	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
214	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
215	헌팅톤병	G10
216	유전성 운동실조	G11

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
217	척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
218	달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13
219	소아마비후증후군	G14
220	이차성 파킨슨증	G21
221	달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
222	기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
223	근긴장이상	G24
224	기타 추체외로 및 운동 장애	G25
225	달리 분류된 질환에서의 추체외로 및 운동 장애	G26
226	알츠하이머병	G30
227	달리 분류되지 않은 신경계통의 기타 퇴행성 질환	G31
228	달리 분류된 질환에서의 신경계통의 기타 퇴행장애	G32
229	기타 급성 파종성 탈수초	G36
230	중추신경계통의 기타 탈수초질환	G37
231	뇌전증	G40
232	뇌전증지속상태	G41
233	편두통	G43
234	기타 두통증후군	G44
235	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
236	수면장애	G47
237	삼차신경의 장애	G50
238	안면신경장애	G51
239	기타 뇌신경의 장애	G52
240	달리 분류된 질환에서의 뇌신경장애	G53
241	신경근 및 신경총 장애	G54
242	팔의 단일신경병증	G56
243	다리의 단일신경병증	G57
244	기타 단일신경병증	G58
245	달리 분류된 질환에서의 단일신경병증	G59
246	유전성 및 특발성 신경병증	G60
247	염증성 다발신경병증	G61
248	기타 다발신경병증	G62
249	달리 분류된 질환에서의 다발신경병증	G63
250	말초신경계통의 기타 장애	G64
251	중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
252	근육의 원발성 장애	G71
253	기타 근병증	G72

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
254	달리 분류된 질환에서의 신경근접합부 및 근육의 장애	G73
255	뇌성마비	G80
256	편마비	G81
257	하반신마비 및 사지마비	G82
258	기타 마비증후군	G83
259	수두증	G91
260	독성뇌병증	G92
261	뇌의 기타 장애	G93
262	달리 분류된 질환에서의 뇌의 기타 장애	G94
263	척수의 기타 질환	G95
264	중추신경계통의 기타 장애	G96
265	달리 분류되지 않은 신경계통의 처치후 장애	G97
266	달리 분류되지 않은 신경계통의 기타 장애	G98
267	갑상선이상성 안구돌출	H06.2
268	수정체의 기타 장애	H27
269	달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타 장애	H28
270	당뇨병성 망막병증	H36.0
271	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
272	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
273	류마티스무도병	I02
274	본태성(원발성) 고혈압	I10
275	고혈압성 심장병	I11
276	고혈압성 신장병	I12
277	고혈압성 심장 및 신장병	I13
278	이차성 고혈압	I15
279	고혈압성 뇌병증	I67.4
280	죽상경화증	I70
281	대동맥동맥류 및 박리	I71
282	기타 동맥류 및 박리	I72
283	기타 말초혈관질환	I73
284	동맥색전증 및 혈전증	I74
285	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
286	모세혈관의 질환	I78
287	달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79
288	정맥염 및 혈전정맥염	I80
289	문맥혈전증	I81
290	기타 정맥의 색전증 및 혈전증	I82
291	식도정맥류	I85

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
292	기타 부위의 정맥류	I86
293	정맥의 기타 장애	I87
294	비특이성 림프절염	I88
295	림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I89
296	저혈압	I95
297	달리 분류되지 않은 순환계통의 처치후 장애	I97
298	달리 분류된 질환에서의 순환계통의 기타 장애	I98
299	순환계통의 기타 및 상세불명의 장애	I99
300	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
301	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
302	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
303	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
304	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
305	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
306	상세불명 병원체의 폐렴	J18
307	탄광부진폐증	J60
308	석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증	J61
309	실리카를 함유한 먼지에 의한 진폐증	J62
310	기타 무기물먼지에 의한 진폐증	J63
311	상세불명의 진폐증	J64
312	결핵과 연관된 진폐증	J65
313	특정 유기물먼지에 의한 기도질환	J66
314	유기물먼지에 의한 과민성 폐렴	J67
315	화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
316	고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
317	기타 외부요인에 의한 호흡기병태	J70
318	위궤양	K25
319	십이지장궤양	K26
320	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
321	사타구니탈장	K40
322	대퇴탈장	K41
323	배꼽탈장	K42
324	복벽탈장	K43
325	횡격막탈장	K44
326	기타 복부탈장	K45
327	상세불명의 복부탈장	K46
328	크론병[국소성 장염]	K50
329	궤양성 대장염	K51

구분	대상 질병	분류 번호
330	기타 비감염성 위장염 및 결장염	K52
331	장의 혈관장애	K55
332	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
333	장의 게실병	K57
334	과민대장증후군	K58
335	기타 기능성 장장애	K59
336	복막염	K65
337	복막의 기타 장애	K66
338	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애	K67
339	담석증	K80
340	담낭염	K81
341	담낭의 기타 질환	K82
342	담도의 기타 질환	K83
343	급성 췌장염	K85
344	췌장의 기타 질환	K86
345	달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애	K87
346	장흡수장애	K90
347	달리 분류되지 않은 소화계통의 처치후 장애	K91
348	소화계통의 기타 질환	K92
349	달리 분류된 질환에서의 기타 소화기관장애	K93
350	결핵관절염	M01.1
351	당뇨병성 관절병증	M14.2
352	신경병성 관절병증	M14.6
353	손가락 및 발가락의 후천변형 (외반무지(후천성) 제외)	M20 (M20.1 제외)
354	사지의 기타 후천변형	M21
355	척주후만증 및 척주전만증	M40
356	척주측만증	M41
357	척추골연골증	M42
358	기타 변형성 등병증	M43
359	척추의 결핵	M49.0
360	뼈의 결핵	M90.0
361	근골격계통 및 결합조직의 기타 후천성 변형	M95
362	달리 분류되지 않은 처치후 근골격장애	M96
363	달리 분류되지 않은 생체역학적 병변	M99
364	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
365	결핵성 방광염	N33.0
366	달리 분류된 질환에서의 전립선장애	N51.0

구분	대상 질병	분류 번호
367	달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애	N51.1
368	자궁경부의 결핵감염	N74.0
369	여성 결핵성 골반염증질환	N74.1

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 6)

4형 질병분류표(61 대질병)

I. 약관에서 규정하는 4형 질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
1	수막알균성 심장병	A39.5
2	급성 A형간염	B15
3	급성 B형간염	B16
4	기타 급성 바이러스간염	B17
5	만성 바이러스간염	B18
6	상세불명의 바이러스간염	B19
7	거대세포바이러스간염	B25.1
8	칸디다심내막염	B37.6
9	톡소포자충간염	B58.1
10	회선사상충증	B73
11	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
12	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
13	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
14	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
15	파킨슨병	G20
16	다발경화증	G35
17	자율신경계통의 장애	G90
18	녹내장	H40
19	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
20	폐색전증	I26
21	기타 폐성 심장질환	I27
22	폐혈관의 기타 질환	I28
23	급성 심장막염	I30
24	심장막의 기타 질환	I31
25	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
26	급성 및 아급성 심내막염	I33
27	비류마티스성 승모판장애	I34
28	비류마티스성 대동맥판장애	I35
29	비류마티스성 삼첨판장애	I36
30	폐동맥판장애	I37

구분	대상 질병	분류 번호
31	상세불명 판막의 심내막염	I38
32	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
33	급성 심근염	I40
34	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
35	심근병증	I42
36	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
37	방실차단 및 좌각차단	I44
38	기타 전도장애	I45
39	심장정지	I46
40	발작성 빈맥	I47
41	심방세동 및 조동	I48
42	기타 심장부정맥	I49
43	심부전	I50
44	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
45	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
46	폐기종	J43
47	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
48	천식	J45
49	천식지속상태	J46
50	기관지확장증	J47
51	알코올성 간질환	K70
52	독성간질환	K71
53	달리 분류되지 않은 간부전	K72
54	달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
55	간의 섬유증 및 경변증	K74
56	기타 염증성 간질환	K75
57	간의 기타 질환	K76
58	달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
59	급성 신부전	N17
60	만성 신장병	N18
61	상세불명의 신부전	N19

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 7)

5형 질병분류표(24 대질병)

I. 약관에서 규정하는 5형 질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
1	연쇄알균패혈증	A40
2	기타 패혈증	A41
3	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군	G46
4	류마티스성 승모판질환	I05
5	류마티스성 대동맥판질환	I06
6	류마티스성 삼첨판질환	I07
7	다발판막질환	I08
8	기타 류마티스심장질환	I09
9	협심증	I20
10	급성 심근경색증	I21
11	후속심근경색증	I22
12	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
13	기타 급성 허혈심장질환	I24
14	만성 허혈심장병	I25
15	거미막하출혈	I60
16	뇌내출혈	I61
17	기타 비외상성 두개내출혈	I62
18	뇌경색증	I63
19	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
20	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
21	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
22	기타 뇌혈관질환 (고혈압성 뇌병증 제외)	I67 (I67.4 제외)
23	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
24	뇌혈관질환의 후유증	I69

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장 하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당갑상선암호르몬약물허가치료특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 최초계약의 경우 보험금 지급사유 발생일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 갑상선암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당갑상선암호르몬약물허가치료특약(갱신형) 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“갑상선암호르몬치료제” 및 “갑상선암호르몬약물허가치료”의 정의】.....	2
제 2-1 조의 4 【“수술”의 정의와 장소】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	5
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	5
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	5
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	5
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	6
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	6
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	6
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	7
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	7
제 2-12 조 【해약환급금】.....	8
제 5 관 기타사항.....	8
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	8
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	9
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	10
(별표 2) “갑상선암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명.....	11

무배당갑상선암호르몬약물허가치료특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“갑상선암호르몬치료제” 및 “갑상선암호르몬약물허가치료”의 정의】

① “갑상선암호르몬치료제”란 갑상선암 수술 후 갑상선자극호르몬을 억제하기 위해 사용되는 갑상선암호르몬치료제로 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행속도를 늦추기 위한 호르몬 관련 약제를 말합니다.

（“갑상선암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명 안내）

“갑상선암호르몬치료제”에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2020년 10월 기준 “갑상선암호르몬치료제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <별표2 “갑상선암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명>에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 “갑상선암호르몬약물허가치료”라 함은 의료법 제 3 조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “갑상선암”수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 제 1 항에서 정한 “갑상선암호르몬치료제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제 2 항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회’를 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）

- 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용 약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 “갑상선암호르몬치료제”의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제 1 항에서 정한 “갑상선암호르몬치료제” 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제 2-1 조의 4 【“수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 갑상선암에 의한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 갑상선암의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

(항암방사선치료)

방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

(항암약물치료)

해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단 확정되고 그 갑상선암의 수술 후 “갑상선암호르몬약물허가치료”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 갑상선암호르몬약물허가치료보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.(다만, 최초 1회에 한하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 1년미만에 치료시 50%를 지급함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

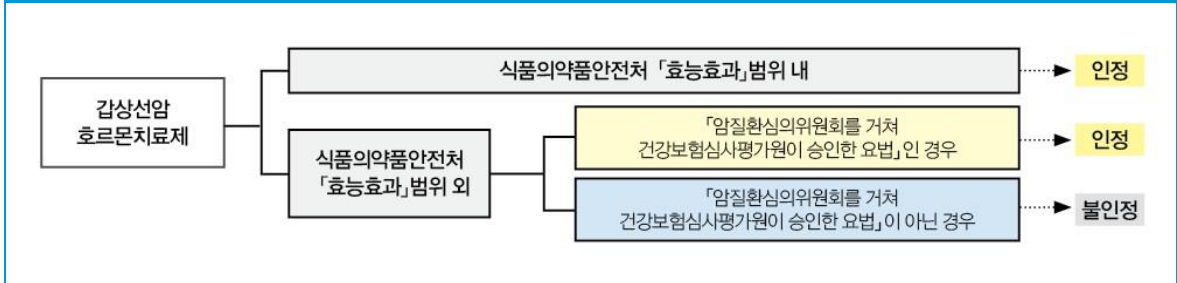
이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 “갑상선암호르몬약물허가치료보험금”은 “갑상선암호르몬치료제”

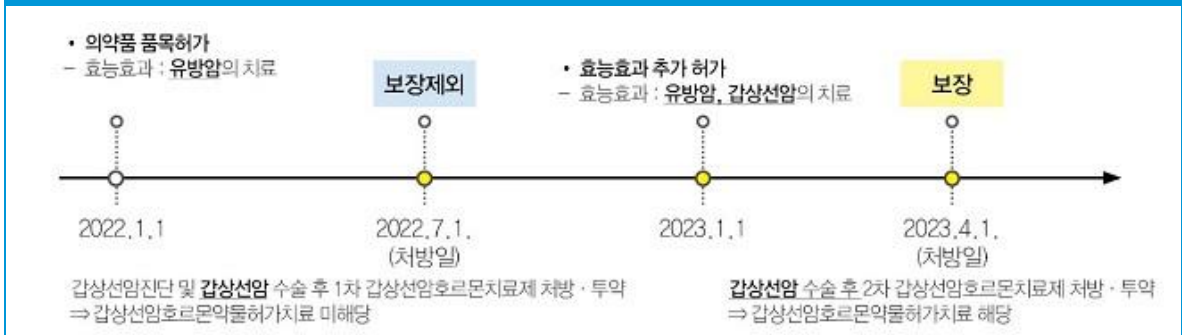
를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.

갑상선암호르몬치료제의 “안전성과 유효성 인정 범위”

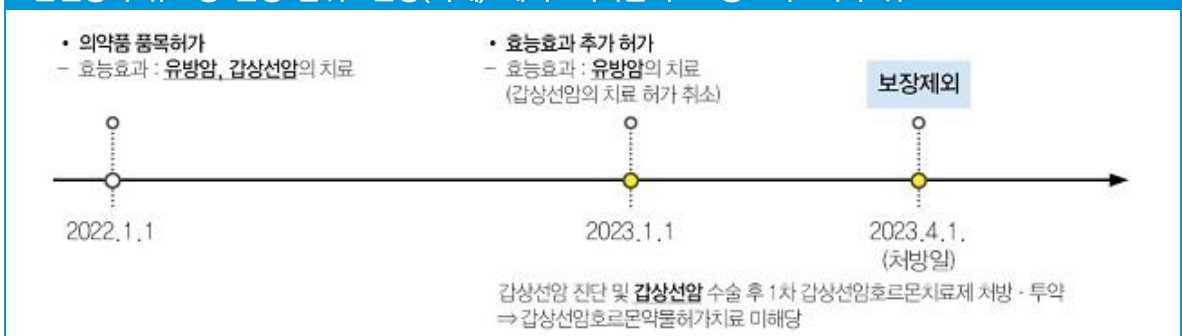


③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 「갑상선암호르몬약물허가치료」를 받았을 때, “갑상선암호르몬치료제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제 2-1 조의 3(갑상선암호르몬치료제) 및 “갑상선암호르몬약물허가치료”의 정의 제 3 항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(추가) 예시: 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가



“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(삭제) 예시: 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소



제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경

우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 갑상선암호르몬약물허가치료 증명서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 “갑상선암호르몬약물허가치료 증명서”라 함은 다음 각 호의 서류를 말합니다.
 - 1. 갑상선암호르몬약물허가치료 진단서 또는 「표적항암/특정항암호르몬/갑상선암호르몬/특정면역항암」 약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㄱ. 진단명(질병명)
 - ㄴ. 투약한 약제의 제품명
 - ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부
 - 2. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ③ 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
 이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신 전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정

한 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

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

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조(사고증명서)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
갑상선암호르몬약물 허가치료보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단 확정되고 그 갑상선암의 수술 후 “갑상선암호르몬약물허가치료”를 받았을 때 (최초 1 회한)	최초계약의 계약일로부터 1년이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 1년미만	특약보험가입금액의 50%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. “갑상선암호르몬약물허가치료보험금”은 “갑상선암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
3. “갑상선암호르몬약물허가치료를 받았을 때”는 “갑상선암호르몬치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 약관 제 2-1 조의 3(“갑상선암호르몬치료제” 및 “갑상선암호르몬약물허가치료”의 정의) 제 3 항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
4. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
갑상선암호르몬약물허가치료보험금 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지 급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간 에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

“갑상선암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명

Ⅰ. 아래 안내장은 약관 제 2-1 조의 3(“갑상선암호르몬치료제” 및 “갑상선암호르몬약물허가치료”의 정의)에서 정한 “갑상선암호르몬치료제”에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.

Ⅱ. 아래 “갑상선암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2020년 10월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “갑상선암호르몬치료제” 해당여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

Ⅲ. 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. “갑상선암호르몬치료제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	레보티록신 Levothyroxine	씬지로이드정 0.025 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.0375 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.05 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.075 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.112 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.15 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.1 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.2 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 100 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 125 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 150 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 25 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 50 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 75 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
씬지록신정 88 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)		
		콤포지로이드정(부광리오토릭스정)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
2	리오티로닌 Liothyronine	테트로닌정 5 μ g(리오티로닌나트륨)
		엘트릭스정

무배당계속받는특정면역항암약물허가치료특약 (갱신형)(연간 1 회한)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 5년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 5년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 미만일 경우에는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 경과한 이후에도 보험금 지급사유 발생일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미

경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당계속받는특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)(연간 1 회한)

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

제 2-1 조의 3 【“항암약물치료”의 정의】..... 3

제 2-1 조의 4 【“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의】..... 3

제 2 관 보험금의 지급 등..... 4

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 4

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 5

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 5

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 6

제 2-5 조 【사고증명서】..... 6

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 7

제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 7

제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 7

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 7

제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 8

제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 8

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 9

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 9

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 9

제 2-12 조 【해약환급금】..... 10

제 5 관 기타사항..... 10

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 10

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 11

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 12

(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 13

(별표 3) “특정면역항암제” 해당 의약품명 및 성분명..... 15

무배당계속받는특정면역항암약물허가치료특약 (갱신형)(연간 1 회한) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 5 년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5 년 미만일 경우에는 1 년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

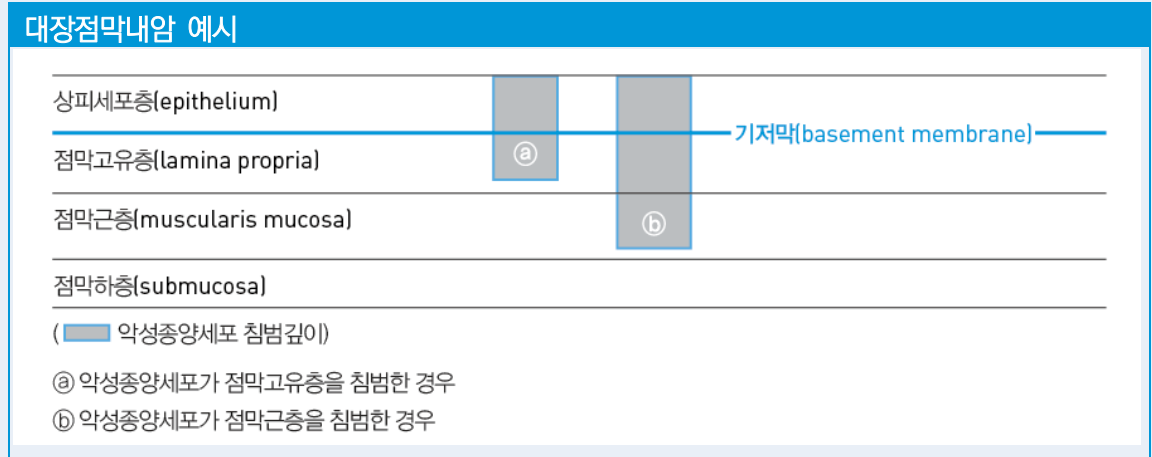
한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세포병의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 함

니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2-1 조의 4 【“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “특정면역항암제”란 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 치료제 중 아래의 3 가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T 세포) 항암치료제

(면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors))

면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T 세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(Immune checkpoint)을 차단함으로써, T 세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

(항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제)

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의 항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

(카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T 세포) 항암치료제)

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric Antigen Receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

(“특정면역항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내)

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <별표3(“특정면역항암제” 해당 의약품명 및 성분명)>에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 “특정면역항암약물허가치료”라 함은 항암약물치료 중 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 제 1 항에서 정한 “특정면역항암제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제 2 항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 특약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

(암질환심의위원회(중증질환심의위원회))

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제 1 항에 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)

- 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용 약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 제 1 항에도 불구하고, 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 제 1 항 각 호에 해당하는 항암치료제의 분류번호를 신설 또는 변경하는 경우에도 그 항암치료제는 이 특약에 있어서 “특정면역항암제”로 봅니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되거나 제2-6조 (특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “특정면역항암약물허가치료”를 받았을 때 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 계속받는특정면역항암약물허가치료비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 최초계약의 경우 계약일로부터 1년 미만에 원인으로 지급사유 발생시 50%

를 지급함).

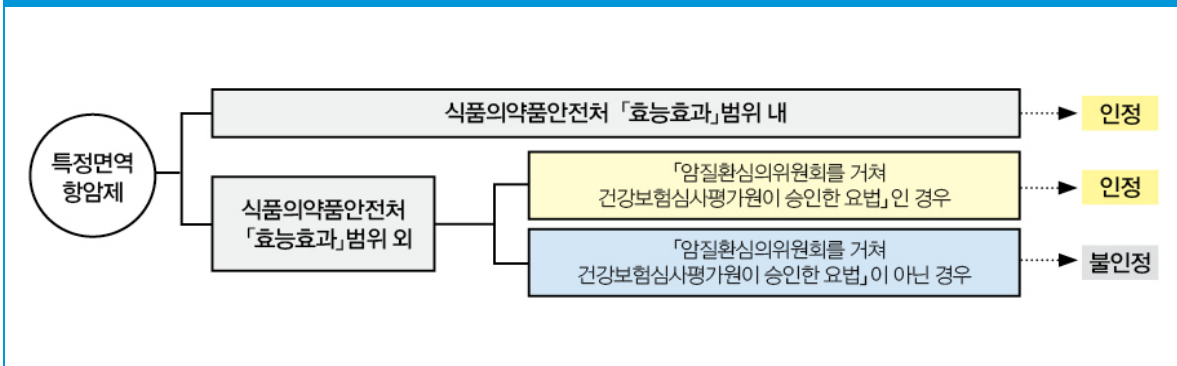
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

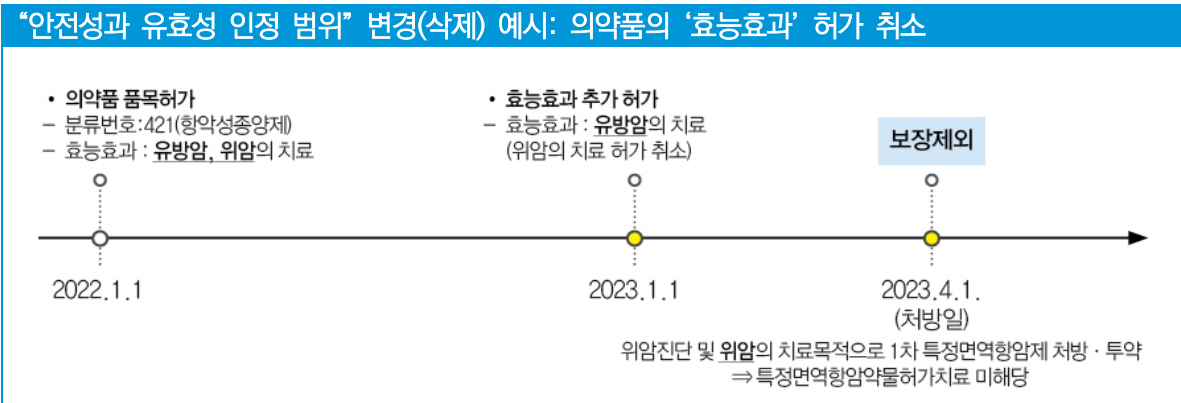
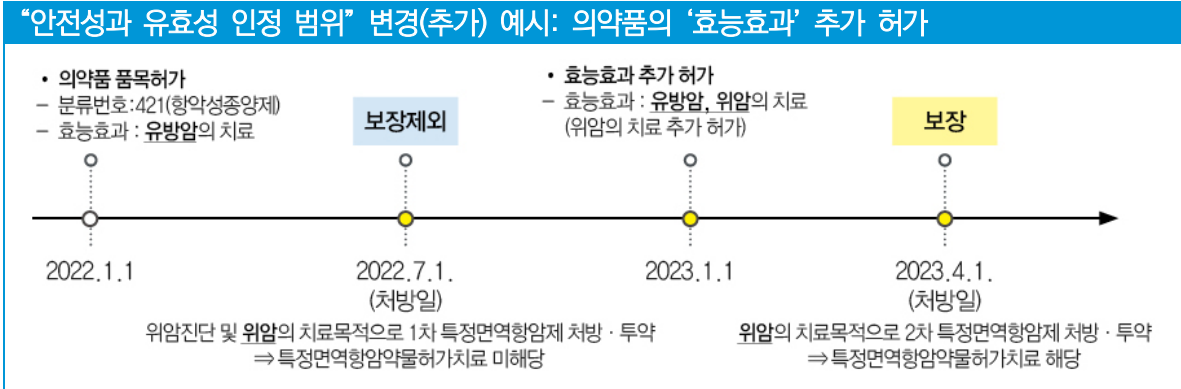
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이란 계약일부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 “계속받는특정면역항암약물허가치료비”는 “특정면역항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 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.

특정면역항암제의 “안전성과 유효성 인정 범위”



- ④ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 「“특정면역항암약물허가치료”를 받았을 때」는 “특정면역항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제 2-1 조의 4(“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의) 제 3 항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 특정면역항암약물허가치료 증명서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 “특정면역항암약물허가치료 증명서”라 함은 다음 각 호의 서류를 말합니다.

1. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는

「표적항암/특정항암호르몬/갑상선암호르몬/특정면역항암」 약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

- ㄱ. 진단명(질병명)
 - ㄴ. 투약한 약제의 제품명
 - ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부
2. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ③ 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지 하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

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

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조(사고증명서)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장 개시일의 전일 이전에 제 2-1 조의 2(“암”, 기타피부암) 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
계속받는 특정면역항암약물 허가치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “특정면역항암약물허가치료”를 받았을 때 (연간 1 회한)	특약 보험가입금액 (단, 최초계약의 계약일로부터 1 년 미만에 지급사유 발생 시 50% 지급)

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. “연간”이란 계약일부부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. “계속받는특정면역항암약물허가치료비”는 “특정면역항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
5. 계속받는특정면역항암약물허가치료비의 지급사유 중 “특정면역항암약물허가치료를 받았을 때”는 “특정면역항암제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자(처방일)를 기준으로 합니다. 다만, 약관 제 2-1 조의 4(“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의) 제 3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
6. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1 년미만(최초계약의 계약일로부터 1 년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
계속받는특정면역항암약물 허가치료비 (제2-2조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지 급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간 에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

“특정면역항암제” 해당 의약품명 및 성분명

- I. 아래 안내장은 약관 제2-1조의4(“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의)에서 정한 “특정면역항암제”에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
- II. 아래 “특정면역항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2023년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “특정면역항암제” 해당여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- III. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과の内容을 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. “특정면역항암제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

작용기전분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)	
면역관문억제제	아테졸리주맙 atezolizumab	티센트릭주(아테졸리주맙)	
	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)	
	세미플리맙 cemiplimab	리브타요주(세미플리맙)	
	도스탈리맙 dostarlimab	젼퍼리주(도스탈리맙)	
	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)	
	이필리무맙 ipilimumab	여보이주 200 밀리그램/40 밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)	여보이주 50 밀리그램/10 밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)
		니볼루맙 nivolumab	
	니볼루맙 nivolumab	옵디보주 20mg(니볼루맙, 유전자재조합)	옵디보주 100mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주 240mg(니볼루맙, 유전자재조합)	
팸브롤리주맙		키트루다주(팸브롤리주맙, 유전자재조합)	

작용기전분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	pembrolizumab	
	트레멜리무맙 tremelimumab	이뮤도주(트레멜리무맙)
항체약물중합체 항암치료제	브렌톡시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌톡시맙베도틴)
	엔포투맙베도틴 enfortumab vedotin	파드셉주 20 밀리그램(엔포투맙베도틴)
		파드셉주 30 밀리그램(엔포투맙베도틴)
	겜투주맙오조가마이신 gemtuzumab ozogamicin	마일로탁주 4.5mg(겜투주맙오조가마이신)
	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	폴라투주맙베도틴 polatuzumab vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
	트라스투주맙데록스테칸 trastuzumab deruxtecan	엔허투주 100 밀리그램(트라스투주맙데록스테칸)
	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주 100 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
캐싸일라주 160 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)		
사시투주맙고비테칸 sacituzumab govitecan	트로델비주(사시투주맙고비테칸)	
카티 항암치료제	티사젠렉류셀 tisagenlecleucel	김리아주(티사젠렉류셀)
	실타캡타젠오토류셀 ciltacaptagene autoleucel	카빅티주(실타캡타젠오토류셀)

무배당계속받는표적항암약물허가치료특약 (갱신형)(연간 1 회한)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 보험계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 경과한 이후에도 보험금 지급사유 발생일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미

경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당계속받는표적항암약물허가치료특약(갱신형)(연간 1 회한)

- 제 1 편 일반사항..... 1
- 제 2 편 개별사항..... 1
- 제 1 관 용어의 정의 등..... 1
 - 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1
 - 제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1
 - 제 2-1 조의 3 【“항암약물치료”의 정의】..... 3
 - 제 2-1 조의 4 【“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의】..... 3
- 제 2 관 보험금의 지급 등..... 4
 - 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 4
 - 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 4
 - 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 4
 - 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 5
 - 제 2-5 조 【사고증명서】..... 6
- 제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 6
 - 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 6
 - 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 7
 - 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 7
 - 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 7
 - 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 8
 - 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 8
- 제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 9
 - 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 9
 - 제 2-12 조 【해약환급금】..... 9
- 제 5 관 기타사항..... 9
 - 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 9
 - (별표 1) 보험금 지급기준표..... 10
 - (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 11
 - (별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 12
 - (별표 3) “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명..... 14

무배당계속받는표적항암약물허가치료특약(갱신형)(연간 1 회한) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

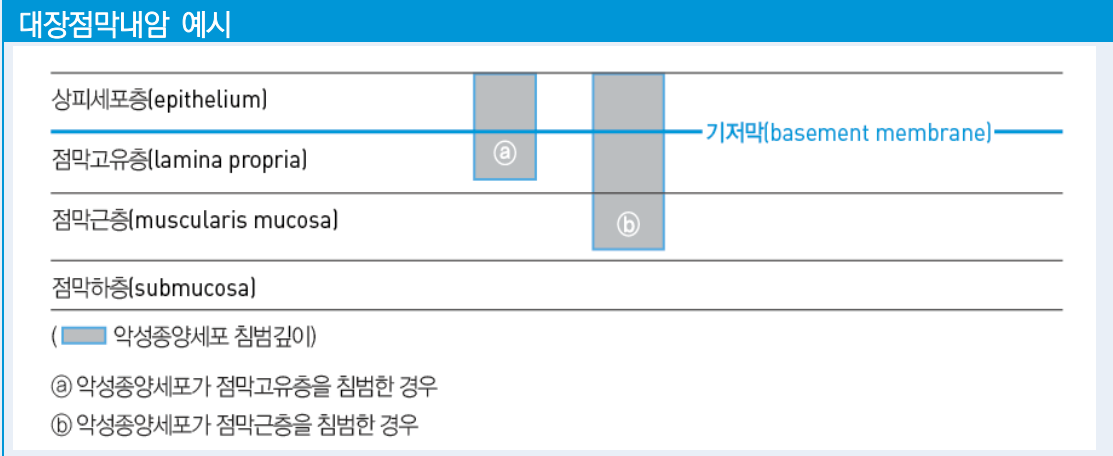
한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제 5 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는

“갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암 세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2-1 조의 4 【“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “표적항암제”란 식품의약품안전처 예규 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정예에 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 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

(호르몬 관련 치료제)

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는 데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

(“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내)

“표적항암제”에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 “표적항암제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <별표3 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명>에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 항암약물치료 중 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 제 1 항에서 정한 “표적항암제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제 2 항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

(암질환심의위원회(중증질환심의위원회))

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제 1 항에 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)

- 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용 약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 제 1 항에도 불구하고, 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 “표적항암제”의 분류번호를 신설 또는 변경하는 경우에도 그 항암치료제는 이 특약에 있어서 “표적항암제”로 봅니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되거나 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 계속받는표적항암약물허가치료비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 1년미만 치료시 50%를 지급함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

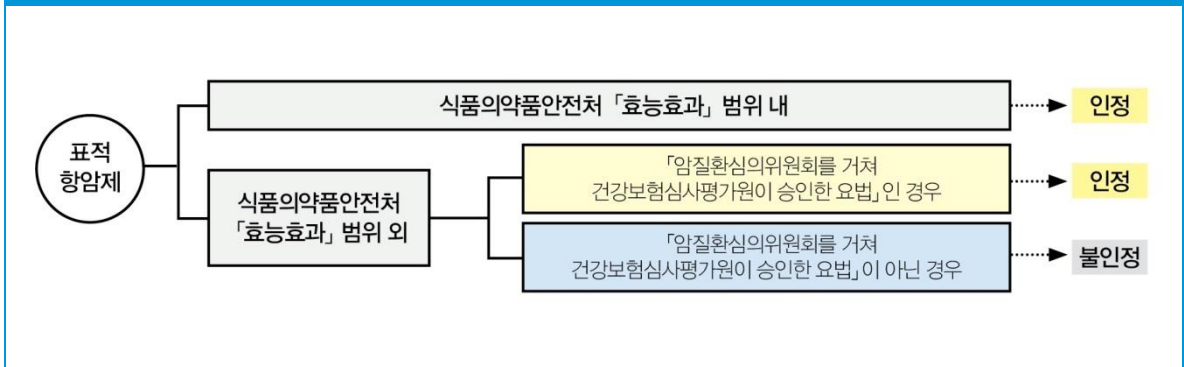
이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 “계속받는표적항암약물허가치료비”는 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품

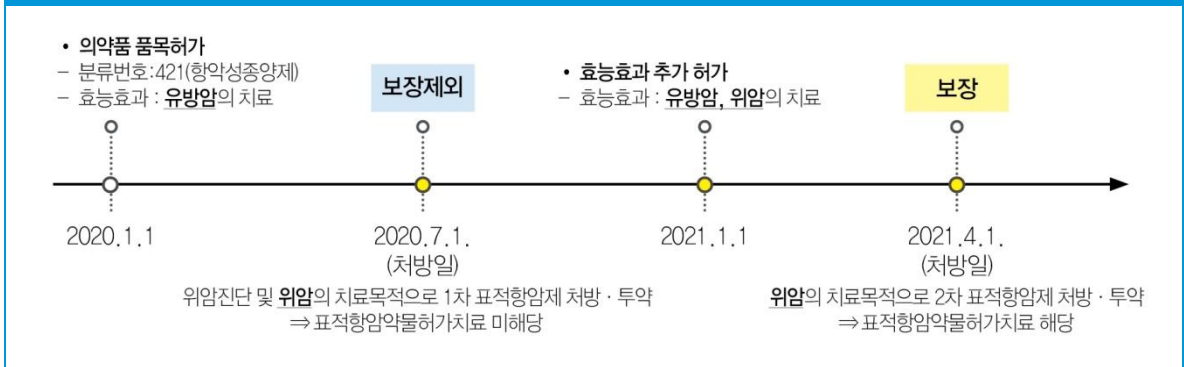
의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.

표적항암제의 “안전성과 유효성 인정 범위”



④ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 제 2-1 조의 4(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제 3 항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”는 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(추가) 예시: 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가



“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(삭제) 예시: 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소



제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친

경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 조직검사결과서, 진료기록부(검사기록지 포함), 검사결과지, 표적항암약물허가치료 증명서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 “표적항암약물허가치료 증명서”라 함은 다음 각 호의 서류를 말합니다.
 - 1. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 「표적항암/특정항암호르몬/갑상선암호르몬/특정면역항암」 약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㄱ. 진단명(질병명)
 - ㄴ. 투약한 약제의 제품명
 - ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부
 - 2. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ③ 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

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

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조(사고증명서)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회

사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장 개시일의 전일 이전에 제 2-1 조의 2(“암”, 기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
계속받는 표적항암약물 허가치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때 (연간 1 회한)	특약 보험가입금액 (단, 최초계약의 계약일로부터 1 년 미만에 지급사유 발생 시 50% 지급)

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. “연간”이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. “계속받는표적항암약물허가치료비”는 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
5. 계속받는표적항암약물허가치료비의 지급사유 중 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 약관 제 2-1 조의 4(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제 3 항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”는 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
6. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1 년미만(최초계약의 계약일로부터 1 년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
계속받는 표적항암약물허가치료비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지 급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간 에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명

Ⅰ. 아래 안내장은 약관 제2-1 조의4(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)에서 정한 “표적항암제”에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.

Ⅱ. 아래 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2023 년 7 월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방 된 항암제의 “표적항암제” 해당여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

Ⅲ. 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	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정 50 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 100 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 150 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 200 밀리그램(아베마시클립)
2	아칼라브루티닙 acalabrutinib	칼퀸스캡슐 100 밀리그램(아칼라브루티닙)
3	아파티닙 afatinib	지오텍정 20 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오텍정 30 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오텍정 40 밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주 25mg/mL(애플리버셉트)
5	알렉티닙 alectinib	알레센자캡슐 150 밀리그램(알렉티닙염산염)
6	알펠리십 alpelisib	피크레이정 50 밀리그램(알펠리십)
		피크레이정 150 밀리그램(알펠리십)
		피크레이정 200 밀리그램(알펠리십)
7	아미반타맙 amivantamab	리브리반트주(아미반타맙)
8	애시미닙 asciminib	셈블릭스정 20 밀리그램(애시미닙염산염)
		셈블릭스정 40 밀리그램(애시미닙염산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
9	아테졸리주맙 atezolizumab	티썬트릭주(아테졸리주맙)
10	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
11	엑시티닙 axitinib	인라이타정 1 밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정 5 밀리그램(엑시티닙)
12	벨주티판 belzutifan	웰리렉정(벨주티판)
13	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		자이라베브주(베바시주맙)
		아림시스주(베바시주맙)
		베그젤마주(베바시주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
14	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주 35 마이크로그램(블리나투모맙, 유전자재조합)
15	보르테조밍 bortezomib	벨조밍주 1 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		벨조밍주 3.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		벨케이드주(보르테조밍삼합체)
		벨킨주 2.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		벨킨주 3.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		보테벨주 3.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		테조민주 2.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		테조민주 3.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		테조벨주(보르테조밍삼합체)
		프로테조밍주(보르테조밍삼합체)
		프로테조밍주 2.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
화이자보르테조밍주 3.5 밀리그램(보르테조밍일수화물)		
16	보수티닙 bosutinib	보솔리프정 100 밀리그램(보수티닙일수화물)
		보솔리프정 400 밀리그램(보수티닙일수화물)
		보솔리프정 500 밀리그램(보수티닙일수화물)
17	브렌톡시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌톡시맙베도틴)
18	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정 30 밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정 90 밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정 180 밀리그램(브리가티닙)
19	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정 20 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 40 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 60 밀리그램(카보잔티닙)
20	카프마티닙 capmatinib	타브렉타정 150 밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정 200 밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
21	카르필조밍 carfilzomib	키프롤리스주 30 밀리그램(카르필조밍)
		키프롤리스주 60 밀리그램(카르필조밍)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
22	세미플리맵 cemiplimab	리브타요주(세미플리맵)
23	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐 150 밀리그램(세리티닙)
24	세특시맵 cetuximab	얼비투스주 5mg/mL(세특시맵)
25	실타캡타젠오토류셀 ciltacaptagene autoleucel	카빅티주(실타캡타젠오토류셀)
26	크리조티닙 crizotinib	젤코리캡슐 200 밀리그램(크리조티닙)
		젤코리캡슐 250 밀리그램(크리조티닙)
27	다브라페닙 dabrafenib	라핀나캡슐 50 밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐 75 밀리그램(다브라페닙메실산염)
28	다코미티닙 dacomitinib	비짐프로정 15 밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정 30 밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정 45 밀리그램(다코미티닙수화물)
29	다라투무맵 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맵)
		다잘렉스피하주사(다라투무맵)
30	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정 100 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 20 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 50 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 70 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 80 밀리그램(다사티닙)
31	도스탈리맵 dostarlimab	젼퍼리주(도스탈리맵)
32	더발루맵 durvalumab	임핀지주(더발루맵)
33	엔코라페닙 encorafenib	비라토비캡슐 75 밀리그램(엔코라페닙)
34	엔포투맵베도틴 enfortumab vedotin	파드셉주 20 밀리그램(엔포투맵베도틴)
		파드셉주 30 밀리그램(엔포투맵베도틴)
35	엔트렉티닙 entrectinib	로즐리트렉캡슐 100 밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐 200 밀리그램(엔트렉티닙)
36	얼다피티닙 erdafitinib	발베사정 3 밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정 4 밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정 5 밀리그램(얼다피티닙)
37	엘로티닙 erlotinib	엘로세타정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로세타정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로티정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘티닙정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세바정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세바정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세바정 25 밀리그램(엘로티닙염산염)
타세원정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)		

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		타세원정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 25mg(엘로티닙염산염)
38	에베로리무스 everolimus	아피니토정 2.5 밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정 5 밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정 10 밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정 5 밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정 10 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 2.5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 5 밀리그램(에베로리무스)
에베로즈정 10 밀리그램(에베로리무스)		
39	페드라티닙 fedratinib	인레빅캡슐(페드라티닙염산염수화물)
40	게피티니브 gefitinib	이레사정(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		이레티닙정 250 밀리그램(게피티니브)
		스펙사정 250 밀리그램(게피티니브)
		레피사정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
41	겜투주맙오조가마이신 gemtuzumab ozogamicin	마일로탁주 4.5 밀리그램(겜투주맙오조가마이신)
42	길테리티닙 gilteritinib	조스파타정 40 밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
43	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐 140 밀리그램(이브루티닙)
44	이매티닙 imatinib	클로팁정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		클리닙정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		클리닙정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		클리닙정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리백필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정 300 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
루키백필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)		

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		루키백필름코팅정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코백정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코백정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어백정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어백정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
45	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
46	이필리무맙 ipilimumab	여보이주 200 밀리그램/40 밀리리터(이필리무맙,유전자재조합) 여보이주 50 밀리그램/10 밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
47	이사톡시맙 isatuximab	살클리사주(이사톡시맙)
48	익사조밙 ixazomib	닌라로캡슐 2.3 밀리그램(익사조밙시트레이트) 닌라로캡슐 3 밀리그램(익사조밙시트레이트) 닌라로캡슐 4 밀리그램(익사조밙시트레이트)
49	라파티닙 lapatinib	타이커브정 250 밀리그램(라파티닙디토실레이트)
50	라로트렉티닙 larotrectinib	비트락비캡슐 25 밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐 100 밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비액(라로트렉티닙황산염)
51	레이저티닙	렉라자정 80 밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
52	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐 5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐 10mg(레날리도마이드) 레날도캡슐 15mg(레날리도마이드) 레날도캡슐 25mg(레날리도마이드) 레블리킨캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		레블리미드캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
53	렌바티닙 lenvatinib	렌비마캡슐 10 밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐 4 밀리그램(렌바티닙메실산염)
54	롤라티닙 lorlatinib	로비큐아정 25 밀리그램(롤라티닙)
		로비큐아정 100 밀리그램(롤라티닙)
55	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐 25 밀리그램(미도스타우린)
56	모보서티닙 mobocertinib	엑스키비티캡슐 40 밀리그램(모보서티닙숙신산염)
57	모가물리주맙 mogamulizumab	포텔리지오주 20 밀리그램(모가물리주맙)
58	네라티닙 neratinib	너링스정(네라티닙말레산염)
59	닐로티닙 nilotinib	타시그나캡슐 50 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 150 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 200 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
60	니라파립 niraparib	제줄라캡슐 100 밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
61	니볼루맙 nivolumab	옵디보주 20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주 100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주 240mg(니볼루맙,유전자재조합)
62	오비누투주맙 obinutuzumab	가사이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
63	올라파립 olaparib	린파자캡슐 50 밀리그램(올라파립)
		린파자정 100 밀리그램(올라파립)
		린파자정 150 밀리그램(올라파립)
64	오시머티닙 osimertinib	타그리소정 40 밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정 80 밀리그램(오시머티닙메실산염)
65	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐 75mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐 100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐 125mg(팔보시클립)
		입랜스정 75 밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정 100 밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정 125 밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐 75 밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐 100 밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐 125 밀리그램(팔보시클립)
66	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정 200 밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정 400 밀리그램(파조파닙염산염)
67	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
68	페미가티닙 pemigatinib	페마자이레정 4.5 밀리그램(페미가티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		페마자이레정 9 밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정 13.5 밀리그램(페미가티닙)
69	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
70	퍼투주맙/트라스투주맙 pertuzumab, trastuzumab	페스코피하주사 600/600 밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
		페스코피하주사 1200/600 밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
71	플라투주맙베도틴 polatumab vedotin	플라이비주(플라투주맙베도틴)
72	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐 1 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 2 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 3 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 4 밀리그램(포말리도마이드)
73	포나티닙 ponatinib	아이클루시그정 15 밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정 45 밀리그램(포나티닙염산염)
74	프랄세티닙 pralsetinib	가브레토캡슐 100 밀리그램(프랄세티닙)
75	라도티닙 radotinib	슈펙트캡슐 100 밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐 200 밀리그램(라도티닙염산염)
76	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주 10 밀리그램/밀리리터(라무시루맙, 유전자재조합)
77	레고라페닙 regorafenib	스티바가정 40 밀리그램(레고라페닙)
78	리보시클립 ribociclib	키스칼리정 200 밀리그램(리보시클립속신산염)
79	리툽시맙 rituximab	맙테라주(리툽시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툽시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툽시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
80	룩소리티닙 ruxolitinib	자카비정 5 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 10 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 15 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 20 밀리그램(룩소리티닙인산염)
81	사시투주맙 sacituzumab	트로델비주(사시투주맙고비테칸)
82	셀리넥서 selinexor	엑스포비오정 20 밀리그램(셀리넥서)
83	셀퍼카티닙 selpercatinib	레테브모캡슐 40 밀리그램(셀퍼카티닙)
		레테브모캡슐 80 밀리그램(셀퍼카티닙)
84	실툽시맙 siltuximab	실반트주 100 밀리그램(실툽시맙, 유전자재조합)
		실반트주 400 밀리그램(실툽시맙, 유전자재조합)
85	소라페닙 sorafenib	넥사바정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
		소라넵정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
86	소토라십 sotorasib	루마크라스정 120 밀리그램(소토라십)
87	수니티닙 sunitinib	수텐캡슐 12.5 밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐 25 밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐 50 밀리그램(수니티닙말산염)
88	타파시타맙 tafasitamab	민쥬비주(타파시타맙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
89	탈라조파립 talazoparib	탈제나캡슐 0.25 밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐 1 밀리그램(탈라조파립토실산염)
90	테클리스타맙 teclistamab	텍베일리주 30mg(테클리스타맙)
		텍베일리주 153mg(테클리스타맙)
91	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
92	테포티닙 tepotinib	템메코정 225 밀리그램(테포티닙염산염수화물)
93	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐 50 밀리그램
		탈라이드캡슐 50mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐 100mg(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐 50 밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐 100 밀리그램(탈리도마이드)
94	티라브루티닙 tirabrutinib	베렉스브루정 80 밀리그램(티라브루티닙염산염)
95	티사젠렉류셀 tisagenlecleucel	김리아주(티사젠렉류셀)
96	트라메티닙 trametinib	매큐셀정 0.5 밀리그램(트라메티닙디메틸설펍시드)
		매큐셀정 2 밀리그램(트라메티닙디메틸설펍시드)
97	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주 150 밀리그램(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		허셉틴주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사 600 밀리그램(트라스투주맙)
		허쥬마주 150mg(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		허쥬마주 440mg(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		오기브리주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		투젯타주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		투젯타주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		엔허투주 100mg(트라스투주맙데룩스테칸)
		캐싸일라주 100 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
캐싸일라주 160 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)		
98	트레멜리무맙 tremelimumab	이뮤도주(트레멜리무맙)
99	반데타닙 vandetanib	카프렐사정 100 밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정 300 밀리그램(반데타닙)
100	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정 240 밀리그램(베무라페닙)
101	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정 10 밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정 50 밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정 100 밀리그램(베네토클락스)
102	자누브루티닙 zanubrutinib	브루킨사캡슐 80 밀리그램(자누브루티닙)

무배당계속받는항암방사선·약물치료특약 A1 (연간 1 회한)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “보험계약일 및 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- “보험계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 90일이 경과한 이후에도 보험금 지급사유 발생일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미

경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당계속받는항암방사선·약물치료특약 A1(연간 1 회한) 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 4 【“항암약물치료”의 정의】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	4
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	5
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	6
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	6
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	7
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	10

무배당계속받는항암방사선·약물치료특약A1(연간1 회한) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물
(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”
에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물
(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

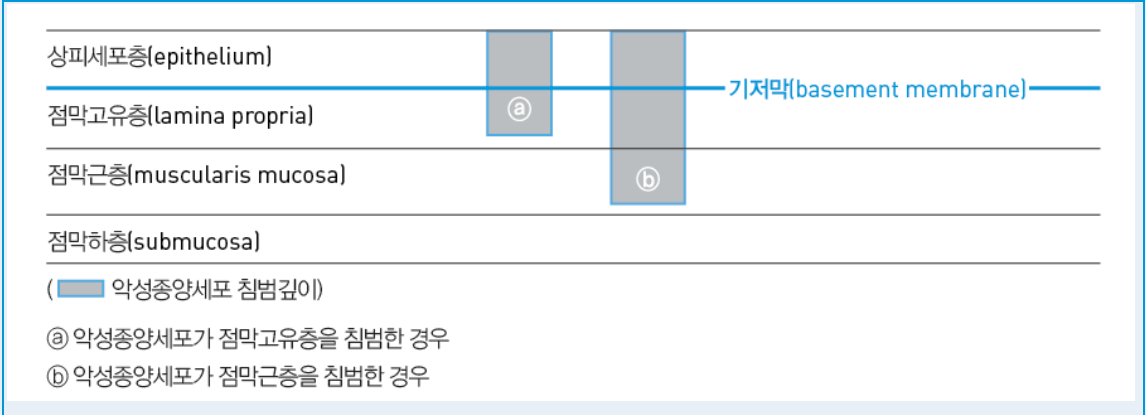
- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어
C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악
성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때: 계속받는항암방사선치료비(단, 연간 1회에 한하며 계약일로부터 1년미만에 지급사유 발생시 50% 지급)
2. 피보험자가 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때: 계속받는항암약물치료비(단, 연간 1회에 한하며 계약일로부터 1년미만에 지급사유 발생시 50% 지급)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 암진단서, 기타피부암진단서, 갑상선암진단서, 조직검사결과서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 “계약일 및 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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.

(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 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 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 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급

형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
계속받는항암 방사선치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때	특약 보험가입금액 (연간 1회한) (단, 계약일로부터 1년미만에 지급사유 발생시 50% 지급)
계속받는항암 약물치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때	특약 보험가입금액 (연간 1회한) (단, 계약일로부터 1년미만에 지급사유 발생시 50% 지급)

주)

1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
계속받는항암방사선치료비, 계속받는항암약물치료비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당계속받는항암양성지방사선치료특약 (갱신형)(연간 1 회한)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 보험계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 경과한 이후에도 보험금 지급사유 발생일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미

경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당계속받는항암양성자방사선치료특약(갱신형)(연간 1 회한)

- 제 1 편 일반사항..... 1
- 제 2 편 개별사항..... 1
 - 제 1 관 용어의 정의 등..... 1
 - 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1
 - 제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1
 - 제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】..... 3
 - 제 2-1 조의 4 【“항암양성자방사선치료”의 정의】..... 3
 - 제 2 관 보험금의 지급 등..... 3
 - 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3
 - 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 3
 - 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 3
 - 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 4
 - 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4
 - 제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4
 - 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4
 - 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 5
 - 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 5
 - 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5
 - 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 6
 - 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 6
 - 제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 7
 - 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 7
 - 제 2-12 조 【해약환급금】..... 7
 - 제 5 관 기타사항..... 7
 - 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 7
 - (별표 1) 보험금 지급기준표..... 8
 - (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 9
 - (별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 10

무배당계속받는항암양성자방사선치료특약(갱신형)(연간 1 회한) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

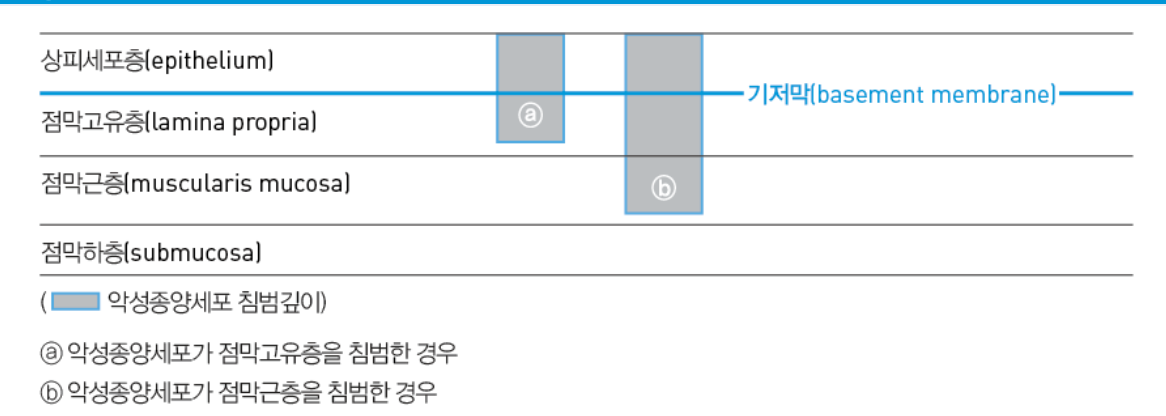
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제 5 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또

는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“항암양성자방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암양성자방사선치료”라 함은 항암방사선치료 중 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행되는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되거나 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 계속받는항암양성자방사선치료비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50%를 지급함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과

같이 계산합니다.

② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이란 계약일부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “암진단서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신 전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

② 제 1 항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조 (사고증명서) 제 1 항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회

사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장 개시일의 전일 이전에 제 2-1 조의 2(“암”, 기타피부암 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
계속받는항암양성자 방사선치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받았을 때 (연간 1 회한)	특약 보험가입금액 (단, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생 시 50% 지급)

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
계속받는항암양성자방사선치료비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지 급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간 에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당고액치료비암특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 고액치료비암 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당고액치료비암특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“고액치료비암”의 정의 및 진단확정】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 2

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 2

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 3

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 3

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 3

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 4

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 4

 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 5

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 6

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 7

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8

 (별표 2) 고액치료비관련 암 분류표..... 9

무배당고액치료비암특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“고액치료비암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “고액치료비암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 고액치료비관련 암 분류표(별표 2 “고액치료비관련 암 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “고액치료비암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “고액치료비암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 고액치료비 암 보장개시일(이하 “고액치료비암 보장개시일”이라 합니다) 이후에 고액치료비암으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 고액치료비암진단비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 최초 1 회에 한하며, 계약일로부터 1 년 미만에 지급사유 발생 시 50%를 지급함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 특약의 보험기간 중 피보험자가 고액치료비암 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 고액치료비암을 직접적인 원인으로 하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 고액치료비암진단비를 지

급합니다. 다만, 고액치료비암 보장개시일의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단이 확정된 경우에는 고액치료비암진단비를 지급하지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 “고액치료비암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 “고액치료비암 보장개시일”이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의

소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 고액치료비암 보장개시일의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단 확정되는 경우

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
※ 고액치료비암 : 백혈병, 뇌암, 임파선암, 골수암 등 약관에서 정한 질환			
고액치료비 암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 고액치료비암 보장개시일 이후에 고액치료비암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	계약일로부터 1년 이상	특약 보험가입금액의 100%
		계약일로부터 1년 미만	특약 보험가입금액의 50%

주)

1. 고액치료비암 보장개시일은 보험계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
고액치료비암진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

고액치료비관련 암 분류표

1. 약관에서 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
골 및 관절연골의 악 성 신 생 물 (C40~C41)	1. 사지의 골 및 관절연골의 악 성 신 생 물	C40
	2. 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악 성 신 생 물	C41
뇌 및 중추신경 계통의 기타부분의 악 성 신 생 물 (C70~C72)	3. 수막의 악 성 신 생 물	C70
	4. 뇌의 악 성 신 생 물	C71
	5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악 성 신 생 물	C72
림프, 조혈 및 관련 조직의 악 성 신 생 물 (C81~C96)	6. 호지킨 림프종	C81
	7. 소포성 림프종	C82
	8. 비소포성 림프종	C83
	9. 성숙 T/NK-세포림프종	C84
	10. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
	11. T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
	12. 악 성 면역증식성 질환	C88
	13. 다발골수종 및 악 성 형질세포신생물	C90
	14. 림프성 백혈병	C91
	15. 골수성 백혈병	C92
	16. 단핵구성 백혈병	C93
	17. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	18. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
	19. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악 성 신 생 물	C96
	20. 만성 골수증식 질환	D47.1
	21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장

하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

II. 진단 확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당고액치료비암특약 A1(삭감없음)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 고액치료비암 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당고액치료비암특약 A1(삭감없음) 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“고액치료비암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	5
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 고액치료비관련 암 분류표.....	9

무배당고액치료비암특약 A1(삭감없음) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“고액치료비암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “고액치료비암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 고액치료비관
련 암 분류표(별표 2 “고액치료비관련 암 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “고액치료비암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내
려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는
혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “고액치료비암”의
진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “고액치료비암”으로 진
단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험
을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에
따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이

확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 고액치료비암 보장개시일(이하 “고액치료비암 보장개시일”이라 합니다) 이후에 고액치료비암으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 고액치료비암진단비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 최초 1 회에 한하며, 계약일로부터 1 년 미만에 지급사유 발생 시 50%를 지급함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 특약의 보험기간 중 피보험자가 고액치료비암 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 고액치료비암을 직접적인 원인으로 하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 고액치료비암진단비를 지급합니다. 다만, 고액치료비암 보장개시일의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단이 확정된 경우에는 고액치료비암진단비를 지급하지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 “고액치료비암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 고액치료비암 보장개시일이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으

로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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: 가족관계등

록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 고액치료비암 보장개시일의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단 확정되는 경우

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
※ 고액치료비암 : 백혈병, 뇌암, 임파선암, 골수암 등 약관에서 정한 질환		
고액치료비 암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 고액치료비암 보장개시일 이후에 고액치료비암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주)

- 고액치료비암 보장개시일은 보험계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
고액치료비암진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

고액치료비관련 암 분류표

1. 약관에서 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
골 및 관절연골의 악성 신생물 (C40~C41)	1. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	2. 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
뇌 및 중추신경 계통의 기타부분의 악성 신생물 (C70~C72)	3. 수막의 악성 신생물	C70
	4. 뇌의 악성 신생물	C71
	5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물 (C81~C96)	6. 호지킨 림프종	C81
	7. 소포성 림프종	C82
	8. 비소포성 림프종	C83
	9. 성숙 T/NK-세포림프종	C84
	10. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
	11. T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
	12. 악성 면역증식성 질환	C88
	13. 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
	14. 림프성 백혈병	C91
	15. 골수성 백혈병	C92
	16. 단핵구성 백혈병	C93
	17. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	18. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
	19. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
	20. 만성 골수증식 질환	D47.1
	21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장

하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

II. 진단 확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당고액치료비암특약 A1(암기가입자용)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당고액치료비암특약 A1(암기가입자용) 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“고액치료비암”의 정의 및 진단확정】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 2

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 2

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 2

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 3

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 3

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 3

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 4

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 4

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 5

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 6

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 7

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8

 (별표 2) 고액치료비관련 암 분류표..... 9

무배당고액치료비암특약 A1(암기가입자용) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“고액치료비암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “고액치료비암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 고액치료비 관련 암 분류표(별표 2 “고액치료비관련 암 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “고액치료비암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 고액치료비암으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 고액치료비암진단비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다.(다만, 최초 1 회 진단확정에 한함)

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 고액치료비암을 직접적인 원인으로 하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 고액치료비암진단비를 지급합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)

를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
※ 고액치료비암 : 백혈병, 뇌암, 임파선암, 골수암 등 약관에서 정한 질환		
고액치료비 암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 고액치료비암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
고액치료비암진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

고액치료비관련 암 분류표

1. 약관에서 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
골 및 관절연골의 악성 신생물 (C40~C41)	1. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	2. 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
뇌 및 중추신경 계통의 기타부분의 악성 신생물 (C70~C72)	3. 수막의 악성 신생물	C70
	4. 뇌의 악성 신생물	C71
	5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물 (C81~C96)	6. 호지킨 림프종	C81
	7. 소포성 림프종	C82
	8. 비소포성 림프종	C83
	9. 성숙 T/NK-세포림프종	C84
	10. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
	11. T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
	12. 악성 면역증식성 질환	C88
	13. 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
	14. 림프성 백혈병	C91
	15. 골수성 백혈병	C92
	16. 단핵구성 백혈병	C93
	17. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	18. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
	19. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
	20. 만성 골수증식 질환	D47.1
	21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

II. 진단 확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당급성심근경색증진단특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

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

■ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

■ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약 자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당급성심근경색증진단특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	2
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	3
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	4
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	4
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	5
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	5
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	6
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	7
(별표 2) 급성심근경색증 분류표.....	8

무배당급성심근경색증진단특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 급성심근경
색증 분류표 (별표2 “급성심근경색증 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의
의료관련법에서 정한 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야
하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검
사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수
없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니
다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된
기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때 보험수익자에게 약정한 급성심근경색증진단비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 최초1회에 한하며, 계약일로부터 1년 미만 진단확정 시 50%를 지급함).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증진단비를 지급합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입) 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의

의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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.

(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 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급 형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
급성심근경색증 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확정시 50%지급)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 급성심근경색증 진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
급성심근경색증 진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내: 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

급성심근경색증 분류표

I. 약관에서 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 급성 심근경색증	121
· 후속심근경색증	122
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	123

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당급성심근경색증혈전용해치료특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관상 혈전용해치료의 정의에 포함되지 않는 치료의 경우(예: 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)를 이용한 치료)에는 보험금을 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당급성심근경색증혈전용해치료특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“혈전용해치료”의 정의】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	5
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8

무배당급성심근경색증혈전용해치료특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제
2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정
되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
급성심근경색증	I21

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표
준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서
보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정
이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에
서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약
관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차

개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 진단확정일 기준 제8차 개정 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

제2-1조의3 【“혈전용해치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “혈전용해치료”라 함은 의사가 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정되고 그 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 급성심근경색증 혈전용해치료비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다(다만, 최초1회에 한함).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명, 혈전 치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함) 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형은 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제2-9조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의

소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에

대한 이자의 계산은 (별표1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
급성심근경색증 혈전용해치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정되고 그 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 약관상 혈전용해치료의 정의에 포함되지 않는 치료의 경우(예: 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)를 이용한 치료)에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 급성심근경색증혈전용해치료비 지급 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
급성심근경색증 혈전용해치료비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내: 평균공시이율의 50% 1 년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당급여노·심장질환 5 종검사지원특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정 급여항목을 보장하는 보험은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 약관이나 별표에 나열되어 있는 급여항목이 발생한 경우에 한하여 보장합니다.

■ 목차

무배당급여비·심장질환 5 종검사지원특약(갱신형)

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“뇌·심장질환”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 4 【“급여비·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파검사”의 정의】.....	1
제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 뇌·심장질환 분류표.....	9
(별표 3) 급여비·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파 검사 분류표.....	12
(별표 4) 재해분류표.....	16

무배당급여뇌·심장질환 5 종검사지원특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에 있어서 “재해”라 함은 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 (별표 4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제 2-1 조의 3 【“뇌·심장질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “뇌·심장질환”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌·심장질환 분류표(별표 2 “뇌·심장질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌·심장질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 2-1 조의 4 【“급여뇌·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파검사”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “급여뇌·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파 검사”라 함은 의사에 의하여 “뇌·심장질환”의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 (별표 3) “급여뇌·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파 검사 분류표”에서 정한 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한

요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한함)를 받은 경우를 말합니다.
② 제 1 항의 “급여비·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파 검사”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 해당 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제 2-1 조의 4(“급여비·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파검사”의 정의)의 “급여비·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파검사”가 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 “급여비·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파검사”가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 “급여비·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파검사”가 변경되어 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 - 3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ③ 회사는 제 2 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제 2 항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이

특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1 항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑦ 갱신계약의 경우에도 제 1 항에서 제 6 항의 규정을 준용합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사에 의하여 “뇌·심장질환”의 진단 및 치료를 위한 필요조건을 토대로 “급여비·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파 검사”를 받았을 때 보험수의자에게 약정한 급여비·심장질환 5종검사지원비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.(다만, 연간 1 회에 한하며, 계약일로부터 1 년미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50%를 지급함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI) 필수 기재) 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 최초계약의 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다.)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다.)을 보장개시일로 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신 전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조 (사고증명서) 제 1 항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유

발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

		[기준: 특약보험가입금액]
급부명	지급사유	지급금액
급여뇌·심장질환 5종검사지원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사에 의하여 “뇌·심장질환”의 진단 및 치료를 위한 필요조건을 토대로 “급여뇌·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파 검사”를 받았을 때 (연간 1 회한)	특약보험가입금액 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1 년미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. “연간”이란 계약일부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1 년미만(최초계약의 계약일로부터 1 년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
급여보·심장질환 5 종검사지원비 (제 2-2 조)	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%)
해약환급금 (제2-12조제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

뇌·심장질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 뇌·심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
뇌질환	[뇌혈관질환]	
	· 거미막하출혈	I60
	· 뇌내출혈	I61
	· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	· 뇌경색증	I63
	· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	· 기타 뇌혈관질환	I67
	· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	· 뇌혈관질환의 후유증	I69
	[두개내손상]	
	· 두개내손상	S06
	[뇌전증]	
· 뇌전증	G40	
· 뇌전증지속상태	G41	
[일과성허혈발작]		
· 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45	
[파킨슨병]		
· 파킨슨병	G20	
· 이차성 파킨슨증	G21	
[뇌수막염]		
· 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04	
심장질환	[허혈심장질환]	
	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 후속심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

대 상 질 병		분 류 번 호
심장질환	· 기타 급성 허혈심장질환	I24
	· 만성 허혈심장병	I25
	[대동맥류 및 대동맥류 박리]	
	· 대동맥동맥류 및 박리	I71
	[흉부 혈관 및 심장의 손상]	
	· 흉부 혈관의 손상	S25
	· 심장의 손상	S26
	[기타 형태의 심장병]	
	· 급성 심장막염	I30
	· 심장막의 기타 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스성 승모판장애	I34
	· 비류마티스성 대동맥판장애	I35
	· 비류마티스성 삼첨판장애	I36
	· 폐동맥판장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	· 급성 심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심근병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	· 방실차단 및 좌각차단	I44
	· 기타 전도장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빈맥	I47
	· 심방세동 및 조동	I48
	· 기타 심장부정맥	I49
	· 심부전	I50
	· 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
[류마티스 심장질환]		
· 심장 침범이 있는 류마티스열	I01	
· 류마티스성 승모판질환	I05	
· 류마티스성 대동맥판질환	I06	
· 류마티스성 삼첨판질환	I07	
· 다발판막질환	I08	
· 기타 류마티스심장질환	I09	

대 상 질 병		분 류 번 호
심장질환	[수막알균성 심장병] · 수막알균성 심근염(I41.0*) · 수막알균성 심내막염(I39.8*) · 수막알균성 심장막염(I32.0*) · 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5 [†]
	[칸디다심내막염(I39.8*)]	B37.6 [†]

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

급여비·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파 검사 분류표

약관에서 규정하는 “급여비·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파 검사”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2023-16 호, 2023.2.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	의료 행위	수가 코드
뇌 CT	일반 전산화단층영상진단-두부-중재적시술유도 제 2 회부터	HA851
	일반 전산화단층영상진단-두부-조영제를 사용하지 않는 경우	HA451
	일반 전산화단층영상진단-두부-조영제를 사용하는 경우	HA461
	일반 전산화단층영상진단-두부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기 CT	HA511
	일반 전산화단층영상진단-두부-특수검사-삼차원 CT	HA521
	일반 전산화단층영상진단-두부-특수검사-CT 혈관조영	HA531
	일반 전산화단층영상진단-두부-특수검사-Cine CT	HA551
	일반 전산화단층영상진단-두부-특수검사-뇌조 CT	HA561
	일반 전산화단층영상진단-두부-제한적 CT	HA441
뇌 MRI	자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도 제 2 회부터-촬영료 등	HI301
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도 제 2 회부터-판독료	HJ301
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ601
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-전문의	HJ701
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-촬영료 등	HI101
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-판독료	HJ101
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI201
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ201
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI401
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ401
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-3 차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI501
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-3 차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ501
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ635
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ735

구분	의료행위	수가코드
뇌 MRI	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-촬영료 등	HI135
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-판독료	HJ135
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI235
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ235
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3 차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI535
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3 차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ535
뇌척수액 검사	요추천자[뇌척수압 측정을 포함]	C8000
뇌파검사	뇌파검사-각성뇌파검사-18 채널미만	F6141
	뇌파검사-각성뇌파검사-18 채널미만-이동뇌파를 실시한 경우	F6142
	뇌파검사-각성뇌파검사-18 채널이상	FA141
	뇌파검사-각성뇌파검사-18 채널이상-이동뇌파를 실시한 경우	FA142
	뇌파검사-수면뇌파검사-18 채널미만	F6145
	뇌파검사-수면뇌파검사-18 채널미만-각성뇌파검사와 동시에 실시한 경우	F6144
	뇌파검사-수면뇌파검사-18 채널이상	FA145
	뇌파검사-수면뇌파검사-18 채널이상-각성뇌파검사와 동시에 실시한 경우	FA144
	뇌파검사-특수뇌파검사-약물 또는 물리적유발뇌파검사-18 채널미만	F6147
	뇌파검사-특수뇌파검사-약물 또는 물리적유발뇌파검사-18 채널이상	FA147
	뇌파검사-특수뇌파검사-특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18 채널 미만	F6148
	뇌파검사-특수뇌파검사-특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18 채널 이상	FA148
	뇌파검사-특수뇌파검사-특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18 채널 이상-나비뼈전극뇌파검사를 실시한 경우	F6140
	뇌파검사-보행뇌파검사-4 시간이상~8 시간이하	F6143
	뇌파검사-보행뇌파검사-8 시간초과	F6146
	지속적 뇌파 감시[1 일당]	F6149
	지속적 비디오뇌파검사[1 일당]-두개강외-64 채널미만	F6151
	지속적 비디오뇌파검사[1 일당]-두개강외-64 채널이상	F6153
지속적 비디오뇌파검사[1 일당]-두개강내-64 채널미만	F6152	
지속적 비디오뇌파검사[1 일당]-두개강내-64 채널이상	F6154	

구분	의료행위	수가코드
심장 CT	일반 전산화단층영상진단-흉부-중재적시술유도 제 2 회부터	HA834
	일반 전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하지 않는 경우-고해상력	HA424
	일반 전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하지 않는 경우-기타의 경우	HA434
	일반 전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하는 경우	HA464
	일반 전산화단층영상진단-흉부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기 CT	HA514
	일반 전산화단층영상진단-흉부-특수검사-삼차원 CT	HA524
	일반 전산화단층영상진단-흉부-특수검사-CT 혈관조영	HA534
	일반 전산화단층영상진단-흉부-특수검사-Cine CT	HA554
	일반 전산화단층영상진단-흉부-제한적 CT	HA444
심장 MRI	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ640
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ740
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-일반-촬영료 등	HI140
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-일반-판독료	HJ140
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI240
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ240
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-3 차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI540
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-3 차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ540
	자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도 제 2 회부터-촬영료 등	HI324
	자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도 제 2 회부터-판독료	HJ324
	자기공명영상진단-기본검사-심장-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ624
	자기공명영상진단-기본검사-심장-외부병원 필름 판독-전문의	HJ724
	자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-촬영료 등	HI124
	자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-판독료	HJ124
	자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI224
자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ224	

구분	의료행위	수가코드
심장 초음파 검사	진단초음파-심장-선천성 심질환 경흉부 심초음파	EB430
	진단초음파-심장-경흉부 심초음파-단순	EB431
	진단초음파-심장-경흉부 심초음파-일반	EB432
	진단초음파-심장-경흉부 심초음파-전문	EB433
	진단초음파-심장-부하 심초음파-약물부하	EB434
	진단초음파-심장-부하 심초음파-운동부하	EB435
	진단초음파-심장-태아정밀 심초음파	EB436
	특수 초음파-심장-경식도 심초음파	EB611
	특수 초음파-심장-선천성 심질환 경식도 심초음파	EB610
	특수 초음파-심장-심장내 초음파	EB612

주)

1. 이 특약의 체결 시점 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정에 따라 의료행위분류가 변경될 수 있습니다. 만일 관련 법령의 개정으로 해당 의료행위가 폐지 또는 변경되어 “급여뇌·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파 검사” 해당 여부 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
2. 약관에서 규정하는 “급여뇌·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파 검사” 해당 여부는 해당 의료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 판단됩니다.
3. ‘주 2’에 의하여 의료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 이 약관에서 보장하는 “급여뇌·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파 검사” 해당 여부가 판단된 경우, 이후 관련 법령의 개정으로 의료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당급여·심장질환 혈관조영술검사지원특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정 급여항목을 보장하는 보험은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 약관이나 별표에 나열되어 있는 급여항목이 발생한 경우에 한하여 보장합니다.

■ 목차

무배당급여비·심장질환혈관조영술검사지원특약(갱신형)

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“뇌·심장질환”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 4 【“급여비·심장질환 혈관조영술 검사”의 정의】.....	1
제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 뇌·심장질환 분류표.....	9
(별표 3) 급여비·심장질환 혈관조영술 검사 분류표.....	12
(별표 4) 재해분류표.....	13

무배당급여뇌·심장질환혈관조영술검사지원특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에 있어서 “재해”라 함은 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 (별표 4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제 2-1 조의 3 【“뇌·심장질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “뇌·심장질환”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌·심장질환 분류표(별표 2 “뇌·심장질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌·심장질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 2-1 조의 4 【“급여뇌·심장질환 혈관조영술 검사”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “급여뇌·심장질환 혈관조영술 검사”라 함은 의사에 의하여 “뇌·심장질환”의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 (별표 3) “급여뇌·심장질환 혈관조영술 검사 분류표”에서 정한 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해

당하는 경우에 한함)를 받은 경우를 말합니다.

② 제 1 항의 “급여·심장질환 혈관조영술 검사”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 해당 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제 2-1 조의 4(“급여·심장질환 혈관조영술 검사”의 정의)의 “급여·심장질환 혈관조영술 검사”가 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 “급여·심장질환 혈관조영술 검사”가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 “급여·심장질환 혈관조영술 검사”가 변경되어 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

③ 회사는 제 2 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.

④ 제 2 항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제 1 항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가

판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.
⑦ 갱신계약의 경우에도 제 1 항에서 제 6 항의 규정을 준용합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사에 의하여 “뇌·심장질환”의 진단 및 치료를 위한 필요조건을 토대로 “급여비·심장질환 혈관조영술 검사”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 급여비·심장질환 혈관조영술 검사지원비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다.(다만, 연간 1 회에 한하며 최초계약의 계약일로부터 1 년미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50%를 지급함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)” 필수 기재) 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 최초계약의 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다.)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다.)을 보장개시일로 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신

- 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
 - ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
 - ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.
 - ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
 - ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조 (사고증명서) 제 1 항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

		[기준: 특약보험가입금액]
급부명	지급사유	지급금액
급여·심장질환 혈관조영술 검사지원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사에 의하여 “뇌·심장질환”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여·심장질환 혈관조영술 검사”를 받았을 때 (연간 1 회한)	특약보험가입금액 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. “연간”이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
급여비·심장질환 혈관조영술 검사지원비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

뇌·심장질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 뇌·심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
뇌질환	[뇌혈관질환]	
	· 거미막하출혈	I60
	· 뇌내출혈	I61
	· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	· 뇌경색증	I63
	· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	· 기타 뇌혈관질환	I67
	· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	· 뇌혈관질환의 후유증	I69
	[두개내손상]	
	· 두개내손상	S06
	[뇌전증]	
· 뇌전증	G40	
· 뇌전증지속상태	G41	
[일과성허혈발작]		
· 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45	
[파킨슨병]		
· 파킨슨병	G20	
· 이차성 파킨슨증	G21	
[뇌수막염]		
· 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04	
심장질환	[허혈심장질환]	
	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 후속심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

대 상 질 병		분 류 번 호
심장질환	· 기타 급성 허혈심장질환	I24
	· 만성 허혈심장병	I25
	[대동맥류 및 대동맥류 박리] · 대동맥동맥류 및 박리	I71
	[흉부 혈관 및 심장의 손상] · 흉부 혈관의 손상	S25
	· 심장의 손상	S26
	[기타 형태의 심장병] · 급성 심장막염	I30
	· 심장막의 기타 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스성 승모판장애	I34
	· 비류마티스성 대동맥판장애	I35
	· 비류마티스성 삼첨판장애	I36
	· 폐동맥판장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	· 급성 심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심근병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	· 방실차단 및 좌각차단	I44
	· 기타 전도장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빈맥	I47
	· 심방세동 및 조동	I48
	· 기타 심장부정맥	I49
	· 심부전	I50
	· 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
	[류마티스 심장질환] · 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	· 류마티스성 승모판질환	I05
	· 류마티스성 대동맥판질환	I06
	· 류마티스성 삼첨판질환	I07
· 다발판막질환	I08	
· 기타 류마티스심장질환	I09	

대 상 질 병		분 류 번 호
심장질환	[수막알균성 심장병] · 수막알균성 심근염(I41.0*) · 수막알균성 심내막염(I39.8*) · 수막알균성 심장막염(I32.0*) · 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5 [†]
	[칸디다심내막염(I39.8*)]	B37.6 [†]

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

급여비·심장질환 혈관조영술 검사 분류표

약관에서 규정하는 “급여비·심장질환 혈관조영술 검사”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2023-16 호, 2023.2.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구 분	의 료 행 위	수 가 코 드
뇌혈관 조영술	두경부 동맥조영-추골동맥	HA601
	두경부 동맥조영-총경동맥	HA602
	두경부 동맥조영-외경동맥	HA603
	두경부 동맥조영-내경동맥	HA604
	두경부 동맥조영-내경동맥폐색검사[조영술료 포함]	HA606
	두경부 동맥조영-전뇌동맥	HA605
관상동맥 조영술	흉부 동맥조영-우심방조영	HA610
	흉부 동맥조영-우심실조영	HA611
	흉부 동맥조영-좌심실조영	HA612
	흉부 동맥조영-좌심방조영	HA613
	관상 동맥조영	HA670
	이식된 관동맥우회로조영촬영[환자 본래의 관상동맥조영촬영 포함]	HA680
	이식된 관동맥우회로조영촬영[환자 본래의 관상동맥조영촬영 포함]-2 개혈관부 터최대 3 개혈관	HA681
	이식된 관동맥우회로조영촬영[환자 본래의 관상동맥조영촬영 포함]과 동시 촬영 된 좌심실조영촬영료	HA682

주)

1. 이 특약의 체결 시점 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정에 따라 의료행위분류가 변경될 수 있습니다. 만일 관련 법령의 개정으로 해당 의료행위가 폐지 또는 변경되어 “급여비·심장질환 혈관조영술 검사” 해당 여부 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
2. 약관에서 규정하는 “급여비·심장질환 혈관조영술 검사” 해당 여부는 해당 의료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 판단됩니다.
3. ‘주 2’에 의하여 의료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 이 약관에서 보장하는 “급여비·심장질환 혈관조영술 검사” 해당 여부가 판단된 경우, 이후 관련 법령의 개정으로 의료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당급여암 MRI 검사지원특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 이 특약의 보험기간은 20년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 20년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 20년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 20년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정 급여항목을 보장하는 보험은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 약관이나 별표에 나열되어 있는 급여항목이 발생한 경우에 한하여 보장합니다.

■ 목차

무배당급여암 MRI 검사지원특약(갱신형)

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】..... 3

 제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】..... 3

 제 2-1 조의 5 【급여 자기공명영상진단(MRI)검사대상 암의 정의】..... 3

 제 2-1 조의 6 【급여 자기공명영상진단(MRI)검사의 정의】..... 4

 제 2-1 조의 7 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... 4

제 2 관 보험금의 지급 등..... 5

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 5

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 5

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 5

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 6

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 6

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 6

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 6

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 6

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 6

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 7

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 7

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 8

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 8

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 8

제 5 관 기타사항..... 9

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 9

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 10

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 11

(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 12

(별표 3) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)..... 14

(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표..... 16

무배당급여암 MRI 검사지원특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 20년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 20년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

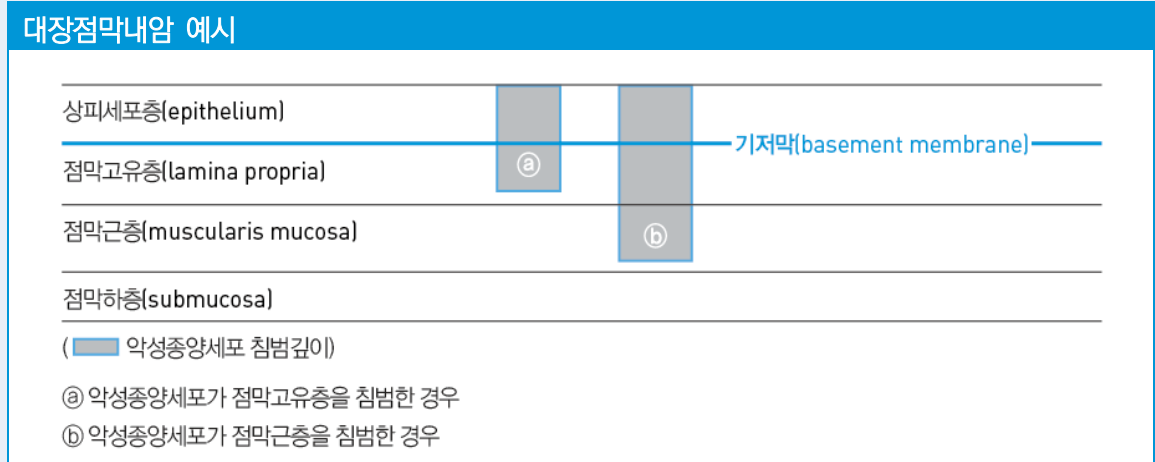
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제 5 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물로 분류되는 질병(별표 3 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제2항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

（“진단이 가능하지 않을 때” 예시）

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 4 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

（“진단이 가능하지 않을 때” 예시）

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 5 【급여 자기공명영상진단(MRI)검사대상 암의 정의】

이 특약에 있어서 “급여 자기공명영상진단(MRI)검사대상 암”이라 함은 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “암”, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암”, 제 2-1 조의 3(“제자리암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “제자리암” 및 제 2-1 조의 4(“경계성종양”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “경계성종양”을 말합니다.

제 2-1 조의 6 【급여 자기공명영상진단(MRI)검사의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “급여 자기공명영상진단(MRI)검사”라 함은 암의 진단 및 치료를 위한 목적으로 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.
- ② 제1항의 급여촬영은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 급여촬영은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
- ④ 이 특약의 체결 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 자기공명영상(MRI)을 사용하는 촬영 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 촬영의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제 2-1 조의 7 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제 2-1 조의 6(급여 자기공명영상진단(MRI)검사의 정의)의 “급여 자기공명영상진단(MRI)검사”가 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 “급여 자기공명영상진단(MRI)검사”가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 “급여 자기공명영상진단(MRI)검사”가 변경되어 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 - 3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ③ 회사는 제 2 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및

해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.
- ⑦ 갱신계약의 경우에도 제 1 항에서 제 6 항의 규정을 준용합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 자기공명영상진단(MRI) 검사대상 암”의 진단 및 치료를 위한 목적으로 “급여 자기공명영상진단(MRI)검사”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 급여암 MRI 검사지원비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다.(다만, 연간 1 회에 한하며, 최초계약의 계약일로부터 1 년미만에 지급사유 발생시 50%를 지급함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)” 필수 기재) 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 최초계약의 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다.)의 보험기간 만료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다.)을 보장개시일로 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제

1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-10조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

- 1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
- 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
- 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신 전 30일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망 당시의 계약자적립액을 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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
급여암 MRI 검사 지원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 자기공명영상진단(MRI) 검사대상 암”의 진단 및 치료를 위한 목적으로 급여 자기공명영상진단(MRI) 검사를 받았을 때 (연간 1 회한)	최초계약의 계약일로부터 1 년이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 1 년미만	특약보험가입금액의 50%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. “연간”이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년 이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
급여암MRI검사지원비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

Ⅰ. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당급여암특정재활치료특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 특정 급여항목을 보장하는 보험은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 약관이나 별표에 나열되어 있는 급여항목이 발생한 경우에 한하여 보장합니다.

■ 목차

무배당급여암특정재활치료특약(갱신형)

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“입원” 및 “통원”의 정의와 장소】.....	3
제 2-1 조의 4 【“급여 암 기본물리치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 5 【“급여 암 주요재활치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 6 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	4
제 2 관 보험금의 지급 등.....	5
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	5
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	5
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	5
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	6
제 2-5 조 【사고증명서】.....	6
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	7
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	7
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	7
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	8
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	8
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	9
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	9
제 2-12 조 【해약환급금】.....	9
제 5 관 기타사항.....	9
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	9
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	10
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	11
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	12
(별표 3) 급여 암 기본물리치료 분류표.....	14
(별표 4) 급여 암 주요재활치료 분류표.....	15

무배당급여암특정재활치료특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

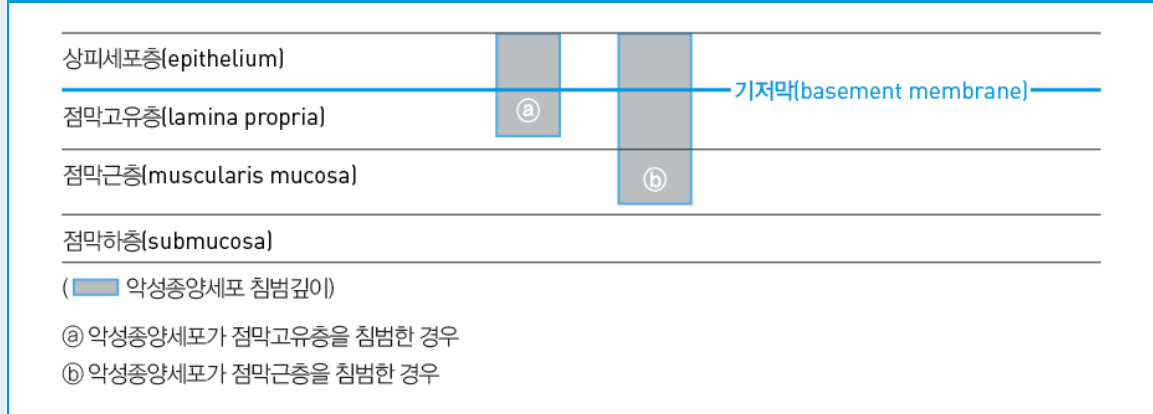
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제 5 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“입원” 및 “통원”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“급여 암 기본물리치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “급여 암 기본물리치료”라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 (별표 3) “급여 암 기본물리치료 분류표”에서 정한 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다)를 말합니다.
- ② 이 특약의 체결 시점 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정에 따라 보험금 지급 기준이 변경될 수 있습니다. 만일 관련 법령의 개정으로 보험금 지급 기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 보험금 지급 기준을 따릅니다.
- ③ “급여 암 기본물리치료비” 지급 여부는 해당 진료행위를 받을 당시의 보험금 지급 기준에 따라 판단됩니다.
- ④ 제 3 항에 의하여 진료행위를 받을 당시의 보험금 지급 기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정으로 보험금 지급 기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제 2-1 조의 5 【“급여 암 주요재활치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “급여 암 주요재활치료”라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 (별표 4) “급여 암 주요재활치료 분류표”에서 정한 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다)를 말합니다.
- ② 이 특약의 체결 시점 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정에 따라 보험금 지급 기준이 변경될 수 있습니다. 만일 관련 법령의 개정으로 보험금 지급 기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서

정한 보험금 지급 기준을 따릅니다.

③ “급여 암 주요재활치료비” 지급 여부는 해당 진료행위를 받을 당시의 보험금 지급 기준에 따라 판단됩니다.

④ 제 3 항에 의하여 진료행위를 받을 당시의 보험금 지급 기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정으로 보험금 지급 기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제 2-1 조의 6 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제 2-1 조의 4(“급여 암 기본물리치료”의 정의)의 “급여 암 기본물리치료”와 제 2-1 조의 5(“급여 암 주요재활치료”의 정의)의 “급여 암 주요재활치료”가 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 “급여 암 기본물리치료” 또는 “급여 암 주요재활치료”가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 “급여 암 기본물리치료” 또는 “급여 암 주요재활치료”가 변경되어 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

③ 회사는 제 2 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.

④ 제 2 항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이

특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑦ 갱신계약의 경우에도 제1항에서 제6항의 규정을 준용합니다.

제2 관 보험금의 지급 등

제2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 암 기본물리치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 암 기본물리치료”를 받았을 때 : 급여 암 기본물리치료비(입원 또는 통원 각각 1일 1회를 한도로 하며, 합산 연간 20회 한도)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 암 주요재활치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 암 주요재활치료”를 받았을 때 : 급여 암 주요재활치료비(입원 또는 통원 각각 1일 1회를 한도로 하며, 합산 연간 20회 한도)

제2-2 조의2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

① 제1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

② 제2-2 조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란 계약일부부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 제2-2 조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 입원 중 “급여 암 기본물리치료”를 받은 경우 또는 통원하여 “급여 암 기본물리치료”를 받은 경우 각각에 대하여 1일 1회를 한도로 지급하며, 입원

및 통원에 대한 각 “급여 암 기본물리치료비” 지급 횟수를 합산하여 연간 20 회 한도로 지급합니다.
④ 제2-2 조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 입원 중 “급여 암 주요재활치료”를 받은 경우 또는 통원하여 “급여 암 주요재활치료”를 받은 경우 각각에 대하여 1 일 1 회를 한도로 지급하며, 입원 및 통원에 대한 각 “급여 암 주요재활치료비” 지급 횟수를 합산하여 연간 20 회 한도로 지급합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)” 필수 기재), 처방전 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조(사고증명서) 제 1 항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장 개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다.)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액 1,000 만원]

급부명	지급사유	지급금액
급여 암 기본물리치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 암 기본물리치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 암 기본물리치료”를 받았을 때 (입원 또는 통원 각각 1일 1회 한도, 합산 연간 20회 한도)	1만원 (치료 1회당)
급여 암 주요재활치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 암 주요재활치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 암 주요재활치료”를 받았을 때 (입원 또는 통원 각각 1일 1회 한도, 합산 연간 20회 한도)	5만원 (치료 1회당)

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. “급여 암 기본물리치료비”는 입원 중 “급여 암 기본물리치료”를 받은 경우 또는 통원하여 “급여 암 기본물리치료”를 받은 경우 각각에 대하여 1일 1회를 한도로 지급하며, 입원 및 통원에 대한 각 “급여 암 기본물리치료비” 지급 횟수를 합산하여 연간 20회 한도로 지급합니다.
5. “급여 암 주요재활치료비”는 입원 중 “급여 암 주요재활치료”를 받은 경우 또는 통원하여 “급여 암 주요재활치료”를 받은 경우 각각에 대하여 1일 1회를 한도로 지급하며, 입원 및 통원에 대한 각 “급여 암 주요재활치료비” 지급 횟수를 합산하여 연간 20회 한도로 지급합니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
급여 암 기본물리치료비, 급여 암 주요재활치료비 (제2-2조 제1호 및 제2호)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급 을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하 나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

급여 암 기본물리치료 분류표

약관에서 규정하는 “급여 암 기본물리치료”로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2021-293호, 2021.12.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 수가코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료 행위	수가 코드
단순운동치료[1 일당]	MM101

주)

1. 이 특약의 체결 시점 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정에 따라 진료행위분류가 변경될 수 있습니다. 만일 관련 법령의 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 “급여 암 기본물리치료” 해당 여부 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
2. 약관에서 규정하는 “급여 암 기본물리치료” 해당 여부는 해당 진료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 판단됩니다.
3. ‘주 2’에 의하여 진료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 이 약관에서 보장하는 “급여 암 기본물리치료” 해당 여부가 판단된 경우, 이후 관련 법령의 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

급여 암 주요재활치료 분류표

약관에서 규정하는 “급여 암 주요재활치료”로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2021-293호, 2021.12.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 수가코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료 행위	수가 코드
운동치료-복합운동치료[1 일당]	MM102
운동치료-등속성운동치료[1 일당]	MM103
압박치료[1 일당]	MM190
복합림프물리치료[1 일당]	MM200
재활기능치료-매트및이동치료	MM301
재활기능치료-보행치료	MM302
작업치료-단순작업치료	MM111
작업치료-복합작업치료	MM112
작업치료-특수작업치료	MM113
일상생활동작훈련치료[1 일당]	MM114
연하재활 기능적전기자극치료	MZ008
연하장애재활치료	MX141
항문직장및골반근의생체외먹이기치료[1 일당]	MX031

주)

1. 이 특약의 체결 시점 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정에 따라 진료행위분류가 변경될 수 있습니다. 만일 관련 법령의 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 “급여 암 주요재활치료” 해당 여부 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
2. 약관에서 규정하는 “급여 암 주요재활치료” 해당 여부는 해당 진료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 판단됩니다.
3. ‘주 2’에 의하여 진료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 이 약관에서 보장하는 “급여 암 주요재활치료” 해당 여부가 판단된 경우, 이후 관련 법령의 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

무배당급여암특정통증완화치료특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 특정 급여항목을 보장하는 보험은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 약관이나 별표에 나열되어 있는 급여항목이 발생한 경우에 한하여 보장합니다.

■ 목차

무배당급여암특정통증완화치료특약(갱신형) 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“급여 암 특정통증완화치료”의 정의】..... 3

 제 2-1 조의 4 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... 4

제 2 관 보험금의 지급 등..... 5

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 5

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 5

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 5

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 5

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 5

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 6

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 6

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 6

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 6

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 6

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 7

 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 8

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 8

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 8

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 8

제 5 관 기타사항..... 8

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 9

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 10

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 11

 (별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 12

 (별표 3) 급여 신경차단술 분류표..... 14

 (별표 4) 급여 신경파괴술 분류표..... 15

무배당급여암특정통증완화치료특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

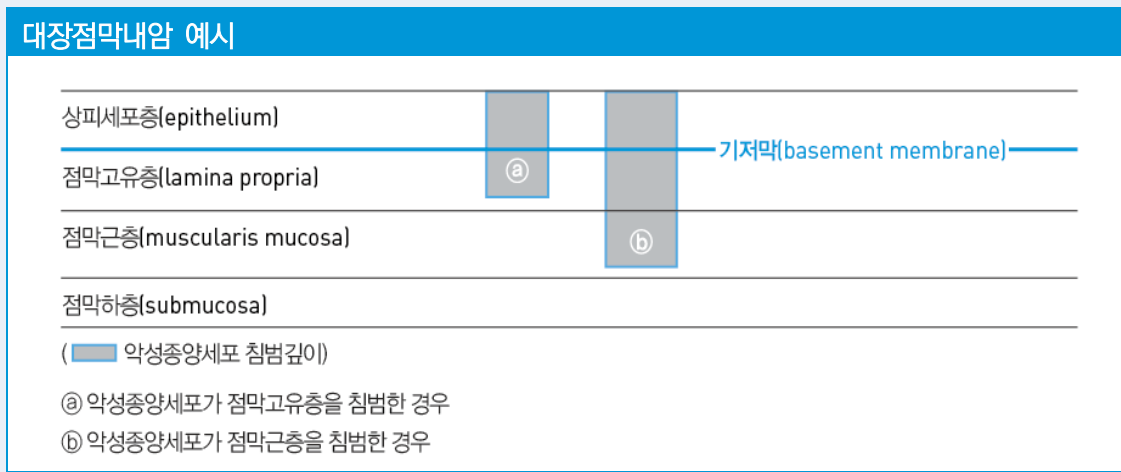
한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 그러나 제 5 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“급여 암 특정통증완화치료”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “급여 암 특정통증완화치료”라 함은 피보험자의 진단확정된 암의 통증 완화를 목적으로 아래의 치료 중 어느 한가지에 해당되는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. “급여 신경차단술”을 받은 경우

“급여 신경차단술”이라 함은 (별표3)“급여 신경차단술 분류표”에서 정한 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한함)를 말합니다.

2. “급여 신경파괴술”을 받은 경우

“급여 신경파괴술”이라 함은 (별표4)“급여 신경파괴술 분류표”에서 정한 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한함)를 말합니다.

3. “급여 마약성 진통제”를 “연간 30 일이상 처방”받은 경우

가. “급여 마약성 진통제”라 함은 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호 중 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한함)를 말합니다.

(유의사항)

「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호는 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 분류됩니다.

나. “연간 30일이상 처방”이라 함은 “급여 마약성 진통제”의 “연간” 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 “급여 마약성 진통제”를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일 이상인 경우를 말합니다. “연간”이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 처방일수 합산 시 기준일자는 “급여 마약성 진통제”를 처방받은 날로 합니다.

② 이 특약의 체결 시점 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정에 따라 보험금 지급 기준이 변경될 수 있습니다. 만일 관련 법령의 개정으로 보험금 지급 기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 보험금 지급 기준을 따릅니다.

③ “급여 암 특정통증완화치료” 지급 여부는 해당 진료행위를 받을 당시의 보험금 지급 기준에 따라 판단됩니다.

④ 제 3 항에 의하여 진료행위를 받을 당시의 보험금 지급 기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정으로 보험금 지급 기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제 2-1 조의 4 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제 2-1 조의 3(급여 암 특정통증완화치료의 정의)의 “급여 암 특정통증완화치료”가 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급 사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 “급여 암 특정통증완화치료”가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 “급여 암 특정통증완화치료”가 변경되어 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 - 3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ③ 회사는 제 2 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제 2 항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제 1 항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.
- ⑦ 갱신계약의 경우에도 제 1 항에서 제 6 항의 규정을 준용합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 통증완화를 목적으로 “급여 암 특정통증완화치료”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 급여암특정통증완화치료비(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)를 지급하여 드립니다.(다만, 연간 1회에 한함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)” 필수 기재) 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한

것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제2-9조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지 하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.

③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 제 1 항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유

발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
급여암특정통증완화치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 통증완화를 목적으로 “급여 암 특정통증완화치료”를 받았을 때 (연간 1 회한)	특약보험가입금액

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외됩니다.
5. 약관 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 보험금이 지급됩니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
급여암특정통증완화치료비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 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.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

급여 신경차단술 분류표

약관에서 규정하는 “급여 신경차단술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2022-36 호, 2022.3.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
지주막하 신경차단술	LA210
경막외 신경차단술-일회성 차단	LA321, LA322
경막외 신경차단술-지속적 차단	LA222~LA228
경막외 저장기펌프 제거술	LA330
뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	LA340, LA341
	LA232~LA234
	LA241~LA245
척추신경말초지차단술	LA247~LA249
	LA346, LA347
	LA270~LA276
	LA251, LA253
척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	LA352~LA359
	LA261, LA264, LA265
교감신경총 및 신경절차단술	LA361, LA362
	LA366, LA367

주)

1. 이 특약의 체결 시점 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정에 따라 진료행위분류가 변경될 수 있습니다. 만일 관련 법령의 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 “급여 신경차단술” 해당 여부 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
2. 약관에서 규정하는 “급여 신경차단술” 해당 여부는 해당 진료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 판단됩니다.
3. ‘주 2’에 의하여 진료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 이 약관에서 보장하는 “급여 신경차단술” 해당 여부가 판단된 경우, 이후 관련 법령의 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

급여 신경파괴술 분류표

약관에서 규정하는 “급여 신경파괴술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2022-36 호, 2022.3.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
지주막하 신경파괴술	LB310
경막외 신경파괴술	LB320
뇌신경 및 뇌신경말초지파괴술	LB331, LB333~LB336
척추신경 및 말초지파괴술	LB341~LB346
교감신경절 및 신경총 파괴술	LB351, LB353~LB355
	LB412, LB413

주)

1. 이 특약의 체결 시점 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정에 따라 진료행위분류가 변경될 수 있습니다. 만일 관련 법령의 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 “급여 신경파괴술” 해당 여부 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
2. 약관에서 규정하는 “급여 신경파괴술” 해당 여부는 해당 진료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 판단됩니다.
3. ‘주 2’에 의하여 진료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 이 약관에서 보장하는 “급여 신경파괴술” 해당 여부가 판단된 경우, 이후 관련 법령의 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

무배당급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약 (갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 이 특약의 보험기간은 20년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 20년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 20년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 20년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정 급여항목을 보장하는 보험은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 약관이나 별표에 나열되어 있는 급여항목이 발생한 경우에 한하여 보장합니다.

■ 목차

무배당급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약(갱신형)

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”의 정의】.....	1
제 2-1 조의 4 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 재해분류표.....	9

무배당급여성양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 20 년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5 년 이상 20 년 미만일 경우에는 5 년만기, 5 년 미만일 경우에는 1 년만기 자동갱신으로 합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에 있어서 “재해”라 함은 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제2-1조의3 【“급여성양전자방출단층촬영(PET)검사”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “급여성양전자방출단층촬영(PET)검사”라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여성·비급여성·목록표 및 급여성상대가치점수」에서 정한 급여성양전자방출단층촬영 PET(급여성항목(다-339))에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여성 또는 「의료급여성법」에서 정한 의료급 여성의 항목 중 영상진단 및 방사선치료 항목에서 급여성항목(다-339)이 발생한 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 “급여성양전자방출단층촬영(PET)검사”는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 “의사”의 관리하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제 2-1 조의 4 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제 2-1 조의 3(“급여 양전자방출단층촬영(PET)검사의 정의)의 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”가 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령((이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”가 변경되어 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 - 3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ③ 회사는 제 2 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제 2 항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제 1 항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.
- ⑦ 갱신계약의 경우에도 제 1 항에서 제 6 항의 규정을 준용합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사의 필요조건을 토대로 “급여 양전자방출단층촬영 (PET) 검사”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 급여 PET 검사지원비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다.(다만, 연간 1 회에 한하며, 최초계약의 계약일로부터 1 년미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50%를 지급함)

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)” 필수 기재) 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 최초계약의 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다.)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다.)을 보장개시일로 합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제 1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제2-9조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-10조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조 (사고증명서) 제 1 항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]		
급부명	지급사유	지급금액
급여 PET 검사 지원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사의 필요소건을 토대로 “급여 양전자방출단층촬영(PET) 검사”를 받았을 때 (연간 1 회한)	특약보험가입금액 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. “연간”이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
급여PET검사지원비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이

후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당급여의료비지원특약(갱신형)(연간 1 회한)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 20년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 20년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 20년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 20년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “본인부담 급여의료비”를 보장하는 보험은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 환자 본인부담금에 해당하는 금액을 보장하는 상품을 말하며, 비급여항목은 포함하지 않습니다.

■ 목차

무배당급여의료비지원특약(갱신형)(연간 1 회한) 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“본인부담 급여의료비” 및 “연간 본인부담 급여의료비 총액”의 정의】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 4

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 4

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 4

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 5

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 6

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 6

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 6

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 6

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 6

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 7

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 7

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 8

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 8

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 8

제 5 관 기타사항..... 9

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 9

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 10

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 12

무배당급여의료비지원특약(갱신형)(연간 1 회한) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 20년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「갱신일부터 제2-9조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 20년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“본인부담 급여의료비” 및 “연간 본인부담 급여의료비 총액”의 정의】

- ① 이 특약에서 “본인부담 급여의료비”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액으로 비급여는 포함하지 않습니다.

(급여)

「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로, 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

(본인부담금)

본인이 실제로 부담한 금액으로서 “요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금”과 “요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액 본인부담금”을 말합니다.

(비급여)

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여 항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

- ② 제 1 항의 “본인부담 급여의료비”는 「국민건강보험법」 제 42 조(요양기관)에서 규정한 국내의 요

양기관에서 행한 의료행위에 한합니다. 다만, 「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 요양병원 및 정신병원은 제외합니다.

③ 제 2 항의 요양기관이라 함은 환자에게 진료(투약)하는 기관으로서 아래 제 1 호 내지 제 5 호를 말합니다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관(단, 요양병원 및 정신병원 제외)
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제 91 조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

④ 제 1 항의 “본인부담 급여의료비”는 아래의 사유로 감면받은 경우도 감면 전 본인부담 급여의료비를 기준으로 합니다.

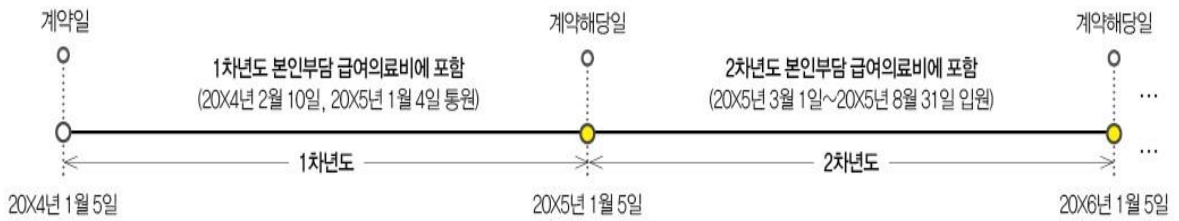
1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우
3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

⑤ 제 1 항의 “본인부담 급여의료비”는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 (「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조(권역응급의료센터의 지정)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

⑥ 이 특약에서 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이라 함은 제 2 항에서 정한 요양기관에 통원(내원) 또는 최초입원한 날이 이 계약의 계약일부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “본인부담 급여의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 다만, 피보험자가 요양기관을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

(예시 1 - 연간 본인부담 급여의료비 총액)



- ☞ 20X4년 2월 10일, 20X5년 1월 4일 통원이 1차년도 내에 발생하여, 해당 통원으로 인한 본인부담 급여의료비를 1차년도 본인부담 급여의료비에 합산
- ☞ 20X5년 3월 1일부터 20X5년 8월 31일까지 입원은 2차년도 내에 시작하여, 해당 입원기간 동안 발생한 본인부담 급여의료비를 2차년도 본인부담 급여의료비에 합산

(예시 2 - 연간 본인부담 급여의료비 총액)



- ☞ 해당 입원기간 동안 발생한 본인부담 급여의료비는 입원을 시작한 날이 포함된 1차년도 본인부담 급여의료비에 합산

(예시 3 - 연간 본인부담 급여의료비 총액)



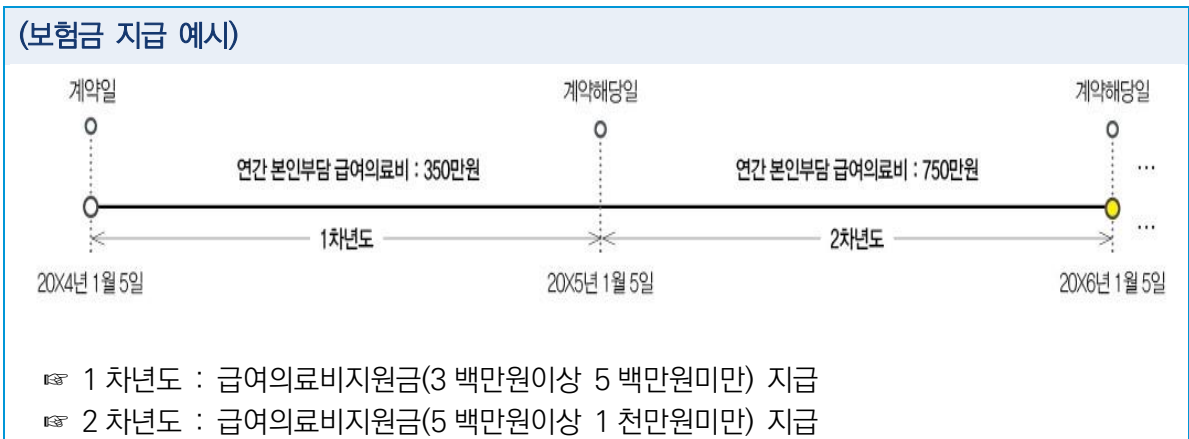
- ☞ 요양기관 중 정신병원 및 요양병원에서 치료받은 경우에는 연간 본인부담 급여의료비 총액에 합산하지 않음

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수의자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다(다만, 각각 연간 1 회에 한함).

1. 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 1 백만원이상 2 백만원미만 발생하였을 경우
: 급여의료비지원금(1 백만원이상 2 백만원미만)
2. 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 2 백만원이상 3 백만원미만 발생하였을 경우
: 급여의료비지원금(2 백만원이상 3 백만원미만)
3. 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 3 백만원이상 5 백만원미만 발생하였을 경우
: 급여의료비지원금(3 백만원이상 5 백만원미만)
4. 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 5 백만원이상 1 천만원미만 발생하였을 경우
: 급여의료비지원금(5 백만원이상 1 천만원미만)
5. 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 1 천만원이상 발생하였을 경우
: 급여의료비지원금(1 천만원이상)



제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 2-1 조의 2(“본인부담 급여의료비” 및 “연간 본인부담 급여의료비 총액”의 정의) 제 6 항에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일의 전날 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”을 기준으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에서

제 5 호에 해당하는 급여의료비지원금을 지급합니다.

④ 제 3 항의 해당 보험금 청구일 이후 본인부담 급여의료비 추가 발생 등의 사유로 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 변경되어 ‘변경된 기준에 해당하는 급여의료비지원금’이 ‘이미 지급한 급여의료비지원금’보다 증가한 경우, 회사는 그 차액을 추가적으로 지급합니다. 반면, ‘변경된 기준에 해당하는 급여의료비지원금’이 ‘이미 지급한 급여의료비지원금’보다 감소한 경우에는 회사가 보험수익자에게 ‘이미 지급한 급여의료비지원금’의 반환을 청구할 수 있습니다.

[보험가입금액 1,000 만원 기준]

“연간 본인부담 급여의료비 총액” 변경 예시

<1 차년도>

1. 최초 발생한 본인부담 급여의료비 : 400 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 400 만원
계약해당일의 전날 이전에 청구한 경우,
급여의료비지원금(3 백만원이상 5 백만원미만)에 해당하는 “300 만원” 지급
2. 추가로 발생한 본인부담 급여의료비 : 200 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 600 만원(=400 만원+200 만원)
급여의료비지원금(5 백만원이상 1 천만원미만)에 해당하는 “500 만원”과
급여의료비지원금(3 백만원이상 5 백만원미만)에 해당하는 “300 만원”의 차액인
“200 만원” 지급

<2 차년도>

1. 최초 발생한 본인부담 급여의료비 : 700 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 700 만원
계약해당일의 전날 이전에 청구한 경우,
급여의료비지원금(5 백만원이상 1 천만원미만)에 해당하는 “500 만원” 지급
2. 추가로 발생한 본인부담 급여의료비 : 200 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 900 만원(=700 만원+200 만원)
“연간 본인부담 급여의료비 총액”이 변경되었으나,
이미 지급한 급여의료비지원금(5 백만원이상 1 천만원미만) 지급사유에 해당되기
때문에 해당 연도에 추가적으로 급여의료비지원금이 지급되지 않음

⑤ 보험기간 중 급여의료비지원금 지급사유가 발생하였으나 보험금을 청구하지 않고, 피보험자가 사망한 이후 보험금을 청구한 경우에도 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 해당 급여의료비지원금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 사유 없이 통원(내원) 또는 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 급여의료비지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 제 1-11 조(“보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약”의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 해지된 기간 동안 발생한 “본인부담 급여의료비”는 “연간 본인부담 급여의료비 총액”에 합산하지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 진료비계산서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제 1 항의 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 최초계약의 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다.)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다.)을 보장개시일로 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제

1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-10조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신 전 30일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- 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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제2-5조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에

대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액 1,000 만원]

급부명	지급사유	지급금액
급여의료비지원금 (1 백만원이상 2 백만원미만)	이 특약의 보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 1 백만원 이상 2 백만원 미만 발생하였을 경우	100 만원 (연간 1 회한)
급여의료비지원금 (2 백만원이상 3 백만원미만)	이 특약의 보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 2 백만원 이상 3 백만원 미만 발생하였을 경우	200 만원 (연간 1 회한)
급여의료비지원금 (3 백만원이상 5 백만원미만)	이 특약의 보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 3 백만원 이상 5 백만원 미만 발생하였을 경우	300 만원 (연간 1 회한)
급여의료비지원금 (5 백만원이상 1 천만원미만)	이 특약의 보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 5 백만원 이상 1 천만원 미만 발생하였을 경우	500 만원 (연간 1 회한)
급여의료비지원금 (1 천만원이상)	이 특약의 보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 1 천만원 이상 발생하였을 경우	1,000 만원 (연간 1 회한)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
2. “연간”이란 계약일부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. “본인부담 급여의료비”라 함은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 및 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액으로 비급여는 포함하지 않습니다.
4. “연간 본인부담 급여의료비 총액”이라 함은 약관에서 정한 요양기관에 통원(내원) 또는 최초입원한 날이 이 계약의 계약일부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “본인부담 급여의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 다만, 피보험자가 요양기관을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
5. ‘4’에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일의 전날 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”을 기준으로 보험금 지급사유에 해당하는 급여의료비지원금을 지급합니다.
6. ‘5’의 해당 보험금 청구일 이후 본인부담 급여의료비 추가 발생 등의 사유로 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 변경되어 ‘변경된 기준에 해당하는 급여의료비지원금’이 ‘이미 지급한 급여의료비지원금’보다 증가한 경우, 회사는 그 차액을 추가적으로 지급합니다. 반면, ‘변경된 기준에 해당하는 급여의료비지원금’이 ‘이미 지급한 급여의료비지원금’보다 감소한 경우에는 회

사가 보험수익자에게 ‘이미 지급한 급여의료비지원금’의 반환을 청구할 수 있습니다.

(“연간 본인부담 급여의료비 총액” 변경 예시)

[보험가입금액 1,000 만원 기준]

<1 차년도>

1. 최초 발생한 본인부담 급여의료비 : 400 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 400 만원
 - 계약해당일의 전날 이전에 청구한 경우,
급여의료비지원금(3 백만원이상 5 백만원미만)에 해당하는 “300 만원” 지급
2. 추가로 발생한 본인부담 급여의료비 : 200 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 600 만원(=400 만원+200 만원)
 - 급여의료비지원금(5 백만원이상 1 천만원미만)에 해당하는 “500 만원”과
급여의료비지원금(3 백만원이상 5 백만원미만)에 해당하는 “300 만원”의 차액인
“200 만원” 지급

<2 차년도>

1. 최초 발생한 본인부담 급여의료비 : 700 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 700 만원
 - 계약해당일의 전날 이전에 청구한 경우,
급여의료비지원금(5 백만원이상 1 천만원미만)에 해당하는 “500 만원” 지급
2. 추가로 발생한 본인부담 급여의료비 : 200 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 900 만원(=700 만원+200 만원)
 - “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 변경되었으나,
이미 지급한 급여의료비지원금(5 백만원이상 1 천만원미만) 지급사유에 해당되기
때문에 해당 연도에 추가적으로 급여의료비지원금이 지급되지 않음

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
급여의료비지원금 (1 백만원이상 2 백만원미만), 급여의료비지원금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
(2 백만원이상 3 백만원미만), 급여의료비지원금	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
(3 백만원이상 5 백만원미만), 급여의료비지원금	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
(5 백만원이상 1 천만원미만), 급여의료비지원금 (1 천만원이상) (제2-2조)	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당급여의료비지원특약(갱신형)(최초 1 회한)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 이 특약의 보험기간은 20년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 20년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 20년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 20년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “본인부담 급여의료비”를 보장하는 보험은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 환자 본인부담금에 해당하는 금액을 보장하는 상품을 말하며, 비급여항목은 포함하지 않습니다.

■ 목차

무배당급여의료비지원특약(갱신형)(최초 1 회한) 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“본인부담 급여의료비” 및 “연간 본인부담 급여의료비 총액”의 정의】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	4
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	4
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	4
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	6
제 2-5 조 【사고증명서】.....	6
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	7
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	7
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	7
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	8
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	9
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	10
제 2-12 조 【해약환급금】.....	10
제 5 관 기타사항.....	10
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	10
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	11
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	14

무배당급여의료비지원특약(갱신형)(최초 1 회한) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 20년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「갱신일부터 제2-9조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 20년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 보장형태: 이 특약은 아래의 보장형태로 구성되며, 계약자는 아래의 보장형태를 동시에 가입해야 합니다.

(보장형태)

1형(100만원이상), 2형(200만원이상), 3형(300만원이상), 4형(500만원이상), 5형(1,000만원이상)

제 2-1 조의3 【“본인부담 급여의료비” 및 “연간 본인부담 급여의료비 총액”의 정의】

- ① 이 특약에서 “본인부담 급여의료비”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액으로 비급여는 포함하지 않습니다.

(급여)

「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로, 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

(본인부담금)

본인이 실제로 부담한 금액으로서 “요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금”과 “요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액 본인부담금”을 말합니다.

(비급여)

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여 항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

② 제 1 항의 “본인부담 급여의료비”는 「국민건강보험법」 제 42 조(요양기관)에서 규정한 국내의 요양기관에서 행한 의료행위에 한합니다. 다만, 「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 요양병원 및 정신병원은 제외합니다.

③ 제 2 항의 요양기관이라 함은 환자에게 진료(투약)하는 기관으로서 아래 제 1 호 내지 제 5 호를 말합니다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관(단, 요양병원 및 정신병원 제외)
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제 91 조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

④ 제 1 항의 “본인부담 급여의료비”는 아래의 사유로 감면받은 경우도 감면 전 본인부담 급여의료비를 기준으로 합니다.

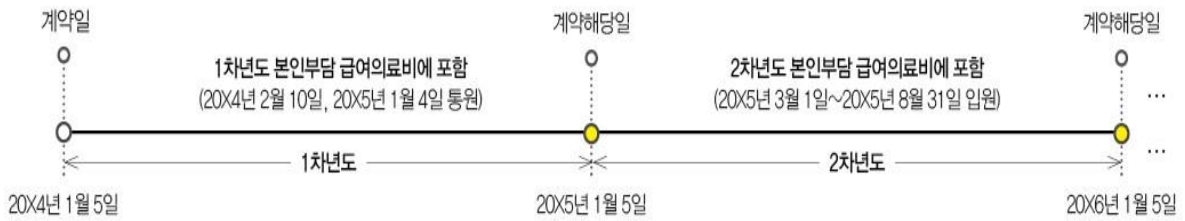
1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우
3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

⑤ 제 1 항의 “본인부담 급여의료비”는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 (「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조(권역응급의료센터의 지정)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

⑥ 이 특약에서 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이라 함은 제 2 항에서 정한 요양기관에 통원(내원) 또는 최초입원한 날이 이 계약의 계약일부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “본인부담 급여의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 다만, 피보험자가 요양기관을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

(예시 1 - 연간 본인부담 급여의료비 총액)



- ☞ 20X4년 2월 10일, 20X5년 1월 4일 통원이 1차년도 내에 발생하여, 해당 통원으로 인한 본인부담 급여의료비를 1차년도 본인부담 급여의료비에 합산
- ☞ 20X5년 3월 1일부터 20X5년 8월 31일까지 입원은 2차년도 내에 시작하여, 해당 입원기간 동안 발생한 본인부담 급여의료비를 2차년도 본인부담 급여의료비에 합산

(예시 2 - 연간 본인부담 급여의료비 총액)



- ☞ 해당 입원기간 동안 발생한 본인부담 급여의료비는 입원을 시작한 날이 포함된 1차년도 본인부담 급여의료비에 합산

(예시 3 - 연간 본인부담 급여의료비 총액)



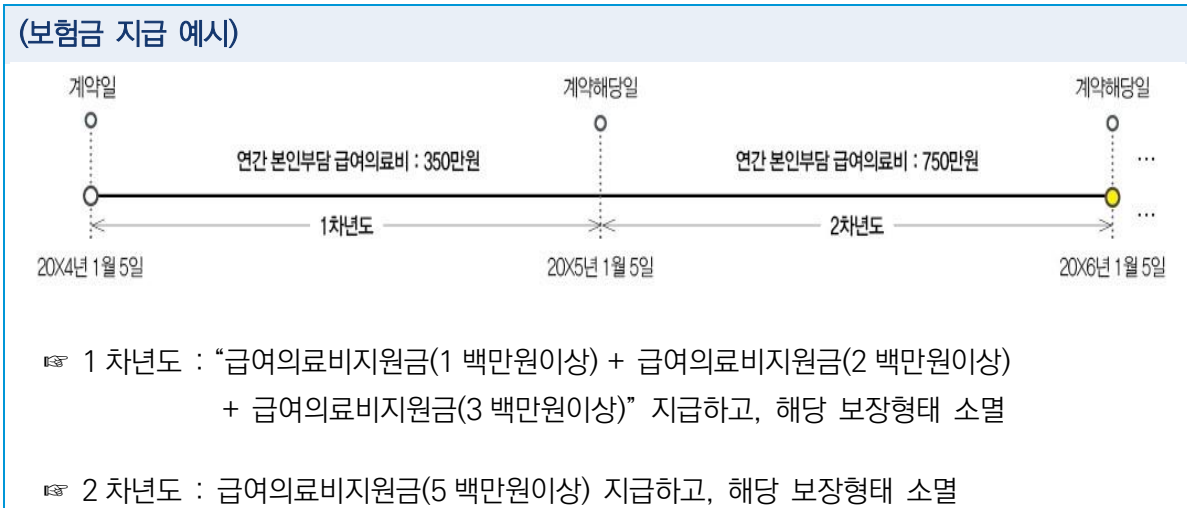
- ☞ 요양기관 중 정신병원 및 요양병원에서 치료받은 경우에는 연간 본인부담 급여의료비 총액에 합산하지 않음

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 보장형태별 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다(다만, 각각 최초 1 회에 한함).

1. 1 형(100 만원이상) 보장형태
 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 1 백만원이상 발생하였을 경우
 : 급여의료비지원금(1 백만원이상)
2. 2 형(200 만원이상) 보장형태
 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 2 백만원이상 발생하였을 경우
 : 급여의료비지원금(2 백만원이상)
3. 3 형(300 만원이상) 보장형태
 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 3 백만원이상 발생하였을 경우
 : 급여의료비지원금(3 백만원이상)
4. 4 형(500 만원이상) 보장형태
 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 5 백만원이상 발생하였을 경우
 : 급여의료비지원금(5 백만원이상)
5. 5 형(1,000 만원이상) 보장형태
 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 1 천만원이상 발생하였을 경우
 : 급여의료비지원금(1 천만원이상)



제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계

산합니다.

② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 제 2-1 조의 3(“본인부담 급여의료비” 및 “연간 본인부담 급여의료비 총액”의 정의) 제 6 항에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일의 전날 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”을 기준으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 해당하는 급여의료비지원금을 지급합니다.

④ 제 3 항의 해당 보험금 청구일 이후 본인부담 급여의료비 추가 발생 등의 사유로 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 증가되어 급여의료비지원금 지급사유가 새로이 발생된 경우, 회사는 ‘해당 보장형태의 급여의료비지원금’을 추가적으로 지급합니다. 반면, 이미 급여의료비지원금을 지급하였으나 “연간 본인부담 급여의료비 총액”의 변동으로 해당 급여의료비지원금 지급사유를 충족하지 못하게 된 경우에는 회사가 보험수익자에게 ‘이미 지급한 급여의료비지원금’의 반환을 청구할 수 있습니다.

(“연간 본인부담 급여의료비 총액” 변경 예시)

[보험가입금액 1,000 만원 기준]

<1 차년도>

1. 최초 발생한 본인부담 급여의료비 : 400 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 400 만원
 - 계약해당일의 전날 이전에 청구한 경우,
「급여의료비지원금(1 백만원이상)에 해당하는 “100 만원”,
급여의료비지원금(2 백만원이상)에 해당하는 “100 만원”,
급여의료비지원금(3 백만원이상)에 해당하는 “100 만원」 총 “300 만원” 지급되고,
해당 보장형태 소멸
2. 추가로 발생한 본인부담 급여의료비 : 200 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 600 만원(=400 만원+200 만원)
 - 급여의료비지원금(5 백만원이상)에 해당하는 “200 만원” 지급되고, 해당 보장형태 소멸

<2 차년도>

(<1 차년도>에 1 형(100 만원이상), 2 형(200 만원이상), 3 형(300 만원이상), 4 형(500 만원이상) 보장형태가 소멸된 상태)

1. 최초 발생한 본인부담 급여의료비 : 700 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 700 만원
 - 잔여 보장형태의 보험금 지급사유에 해당되지 않아, 급여의료비지원금이 지급되지 않음
2. 추가로 발생한 본인부담 급여의료비 : 300 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 1,000 만원(=700 만원+300 만원)
 - 급여의료비지원금(1 천만원이상)에 해당하는 “500 만원” 지급되고, 해당 보장형태 소멸

⑤ 보험기간 중 각 보장형태의 급여의료비지원금 지급사유가 발생하였으나 보험금을 청구하지 않고, 피보험자가 사망한 이후 보험금을 청구한 경우에도 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 해당 보장형태의 급여의료비지원금을 지급합니다.

⑥ 제 2-10 조(특약의 소멸) 제 1 항에 따라 피보험자 사망으로 회사가 적용한 사망 당시의 계약자

적립액을 지급한 경우, 제 5 항에도 불구하고 해당 보장형태의 급여의료비지원금 지급시 이미 지급된 해당 보장형태의 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

⑦ 피보험자가 정당한 사유 없이 통원(내원) 또는 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 급여의료비지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 제 1-11 조(“보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약”의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 해지된 기간 동안 발생한 “본인부담 급여의료비”는 “연간 본인부담 급여의료비 총액”에 합산하지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진료비계산서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI) 필수 기재), 진단서(병명기입), 진료기록부, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제 1 항의 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 최초계약의 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다.)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다.)을 보장개시일로 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 보장형태별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하고 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-10조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에는 해당 보장형태를 갱신할 수 없습니다.

1. 1 형(100 만원이상) 보장형태

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 1 형(100 만원이상) 보장형태의 급여의료비지원금(100 만원이상) 지급사유가 발생하여 1 형(100 만원이상) 보장형태가 소멸된 경우

2. 2 형(200 만원이상) 보장형태

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 2 형(200 만원이상) 보장형태의 급여의료비지원금(200 만원이상) 지급사유가 발생하여 2 형(200 만원이상) 보장형태가 소멸된 경우

3. 3 형(300 만원이상) 보장형태

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 3형(300 만원이상) 보장형태의 급여의료비지원금(300 만원이상) 지급사유가 발생하여 3형(300 만원이상) 보장형태가 소멸된 경우

4. 4형(500 만원이상) 보장형태

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 4형(500 만원이상) 보장형태의 급여의료비지원금(500 만원이상) 지급사유가 발생하여 4형(500 만원이상) 보장형태가 소멸된 경우

5. 5형(1,000 만원이상) 보장형태

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 5형(1,000 만원이상) 보장형태의 급여의료비지원금(1,000 만원이상) 지급사유가 발생하여 5형(1,000 만원이상) 보장형태가 소멸된 경우

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제2-5조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 각 보장형태별 해당하는 지급사유가 발생한 경우 해당 보장형태는 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 1 형(100 만원이상) 보장형태
피보험자에게 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 급여의료비지원금(100 만원이상) 지급사유가 발생한 경우 해당 보장형태는 그때부터 효력이 없습니다.
 2. 2 형(200 만원이상) 보장형태
피보험자에게 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 급여의료비지원금(200 만원이상) 지급사유가 발생한 경우 해당 보장형태는 그때부터 효력이 없습니다.
 3. 3 형(300 만원이상) 보장형태
피보험자에게 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 급여의료비지원금(300 만원이상) 지급사유가 발생한 경우 해당 보장형태는 그때부터 효력이 없습니다.
 4. 4 형(500 만원이상) 보장형태
피보험자에게 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 급여의료비지원금(500 만원이상) 지급사유가 발생한 경우 해당 보장형태는 그때부터 효력이 없습니다.
 5. 5 형(1,000 만원이상) 보장형태
피보험자에게 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 급여의료비지원금(1,000 만원이상) 지급사유가 발생한 경우 해당 보장형태는 그때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 1 형(100 만원이상) 보장형태

[기준: 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여의료비지원금 (1 백만원이상)	이 특약의 보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 1 백만원이상 발생하였을 경우	100 만원 (최초 1 회한)

2. 2 형(200 만원이상) 보장형태

[기준: 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여의료비지원금 (2 백만원이상)	이 특약의 보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 2 백만원이상 발생하였을 경우	100 만원 (최초 1 회한)

3. 3 형(300 만원이상) 보장형태

[기준: 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여의료비지원금 (3 백만원이상)	이 특약의 보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 3 백만원이상 발생하였을 경우	100 만원 (최초 1 회한)

4. 4 형(500 만원이상) 보장형태

[기준: 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여의료비지원금 (5 백만원이상)	이 특약의 보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 5 백만원이상 발생하였을 경우	200 만원 (최초 1 회한)

5. 5 형(1,000 만원이상) 보장형태

[기준: 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여의료비지원금 (1 천만원이상)	이 특약의 보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 1 천만원이상 발생하였을 경우	500 만원 (최초 1 회한)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 각 보장형태별 해당하는 지급사유가 발생한 경우 해당 보장형태는 더 이상 효력이 없습니다.
 - 가. 1 형(100 만원이상) 보장형태
피보험자에게 급여의료비지원금(100 만원이상) 지급사유가 발생한 경우 해당 보장형태는 그때부터 효력이 없습니다.
 - 나. 2 형(200 만원이상) 보장형태
피보험자에게 급여의료비지원금(200 만원이상) 지급사유가 발생한 경우 해당 보장형태는 그때부터 효력이 없습니다.
 - 다. 3 형(300 만원이상) 보장형태
피보험자에게 급여의료비지원금(300 만원이상) 지급사유가 발생한 경우 해당 보장형태는 그때부터 효력이 없습니다.
 - 라. 4 형(500 만원이상) 보장형태
피보험자에게 급여의료비지원금(500 만원이상) 지급사유가 발생한 경우 해당 보장형태는 그때부터 효력이 없습니다.
 - 마. 5 형(1,000 만원이상) 보장형태
피보험자에게 급여의료비지원금(1,000 만원이상) 지급사유가 발생한 경우 해당 보장형태는 그때부터 효력이 없습니다.
3. “연간”이란 계약일부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. “본인부담 급여의료비”라 함은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 및 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액으로 비급여는 포함하지 않습니다.
5. “연간 본인부담 급여의료비 총액”이라 함은 약관에서 정한 요양기관에 통원(내원) 또는 최초입원한 날이 이 계약의 계약일부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “본인부담 급여의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 다만, 피보험자가 요양기관을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
6. ‘5’에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일의 전날 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”을 기준으로 보험금 지급사유에 해당하는 급여의료비지원금을 지급합니다.
7. ‘6’의 해당 보험금 청구일 이후 본인부담 급여의료비 추가 발생 등의 사유로 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 증가되어 급여의료비지원금 지급사유가 새로이 발생된 경우, 회사는 ‘해당 보장형태의 급여의료비지원금’을 추가적으로 지급합니다. 반면, 이미 급여의료비지원금을 지급하였으나 “연간 본인부담 급여의료비 총액”의 변동으로 해당 급여의료비지원금 지급사유를 충족하지 못하게 된 경우에는 회사가 보험수익자에게 ‘이미 지급한 급여의료비지원금’의 반환을 청구할 수 있습니다.

“연간 본인부담 급여의료비 총액” 변경 예시)

[보험가입금액 1,000 만원 기준]

<1 차년도>

1. 최초 발생한 본인부담 급여의료비 : 400 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 400 만원
계약해당일의 전날 이전에 청구한 경우,
「급여의료비지원금(1 백만원이상)에 해당하는 “100 만원”,
급여의료비지원금(2 백만원이상)에 해당하는 “100 만원”,
급여의료비지원금(3 백만원이상)에 해당하는 “100 만원”」 총 “300 만원” 지급되고,
해당 보장형태 소멸
2. 추가로 발생한 본인부담 급여의료비 : 200 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 600 만원(=400 만원+200 만원)
급여의료비지원금(5 백만원이상)에 해당하는 “200 만원” 지급되고, 해당 보장형태 소멸

<2 차년도>

(<1 차년도>에 1 형(100 만원이상), 2 형(200 만원이상), 3 형(300 만원이상), 4 형(500 만원이상) 보장형태가 소멸된 상태)

1. 최초 발생한 본인부담 급여의료비 : 700 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 700 만원
잔여 보장형태의 보험금 지급사유에 해당되지 않아, 급여의료비지원금이 지급되지
않음
2. 추가로 발생한 본인부담 급여의료비 : 300 만원
 - ☞ 연간 본인부담 급여의료비 총액 : 1,000 만원(=700 만원+300 만원)
급여의료비지원금(1 천만원이상)에 해당하는 “500 만원” 지급되고, 해당 보장형태 소멸

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
급여의료비지원금 (1 백만원이상), 급여의료비지원금 (2 백만원이상), 급여의료비지원금 (3 백만원이상), 급여의료비지원금 (5 백만원이상), 급여의료비지원금 (1 천만원이상) (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당급여주요노심질환 특정재활치료특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 특정 급여항목을 보장하는 보험은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 약관이나 별표에 나열되어 있는 급여항목이 발생한 경우에 한하여 보장합니다.

■ 목차

무배당급여주요뇌심질환특정재활치료특약(갱신형)

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“주요뇌심질환”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“입원” 및 “통원”의 정의와 장소】.....	2
제 2-1 조의 4 【“급여 주요뇌심질환 특정재활치료”의 정의】.....	2
제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	5
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	6
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 주요뇌심질환 분류표.....	10
(별표 3) 급여 주요뇌심질환 특정재활치료 분류표.....	12

무배당급여주요뇌심질환특정재활치료특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“주요뇌심질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “주요뇌심질환”이라 함은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류 중 주요뇌심질환 분류표(별표 2 “주요뇌심질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.
- ② “주요뇌심질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF)를 기초로 하거나, 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심근 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 주요뇌심질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 주요뇌심질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-1 조의 3 【“입원” 및 “통원”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 주요뇌심질환의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 주요뇌심질환의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“급여 주요뇌심질환 특정재활치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”라 함은 주요뇌심질환 자체 또는 주요뇌심질환 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 (별표 3) “급여 주요뇌심질환 특정재활치료 분류표”에서 정한 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다)를 말합니다.
- ② 이 특약의 체결 시점 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정에 따라 보험금 지급 기준이 변경될 수 있습니다. 만일 관련 법령의 개정으로 보험금 지급 기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 보험금 지급 기준을 따릅니다.

제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제 2-1 조의 4(“급여 주요뇌심질환 특정재활치료”의 정의)의 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”가 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”가 변경되어 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 - 3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

③ 회사는 제 2 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.

④ 제 2 항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제 1 항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑦ 갱신계약의 경우에도 제 1 항에서 제 6 항의 규정을 준용합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “주요뇌심질환”으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 주요뇌심질환 특정재활치료비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다.(다만, 입원 또는 통원 각각 1일 1회를 한도로 하며, 합산 연간 100회 한도로 함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계

산합니다.

② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 입원 중 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”를 받은 경우 또는 통원하여 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”를 받은 경우 각각에 대하여 1일 1회를 한도로 지급하며, 입원 및 통원에 대한 각 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료비” 지급 횟수를 합산하여 연간 100회 한도로 지급합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)” 필수 기재), 처방전 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조(사고증명서) 제 1 항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계

약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여 주요뇌심질환 특정재활치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 주요뇌심질환으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”를 받았을 때 (입원 또는 통원 각각 1 일 1 회 한도, 합산 연간 100 회 한도)	특약보험가입금액 (치료 1 회당)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 입원 중 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”를 받은 경우 또는 통원하여 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”를 받은 경우 각각에 대하여 1일 1회를 한도로 지급하며, 입원 및 통원에 대한 각 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료비” 지급 횟수를 합산하여 연간 100회 한도로 지급합니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
급여 주요뇌심질환 특정재활치료비 (제2-2조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급 을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하 나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

주요뇌심질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 주요뇌심질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 거미막하출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
· 뇌경색증	I63
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주)

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

급여 주요뇌심질환 특정재활치료 분류표

약관에서 규정하는 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2022-36 호, 2022.3.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 수가코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

진료 행위	수가 코드
단순운동치료[1 일당]	MM101
운동치료-복합운동치료[1 일당]	MM102
운동치료-등속성운동치료[1 일당]	MM103
중추신경계발달재활치료	MM105
작업치료-단순작업치료	MM111
작업치료-복합작업치료	MM112
작업치료-특수작업치료	MM113
일상생활동작훈련치료[1 일당]	MM114
압박치료[1 일당]	MM190
복합림프물리치료[1 일당]	MM200
재활기능치료-매트밋이동치료	MM301
재활기능치료-보행치료	MM302
연하장애재활치료	MX141
연하재활 기능적전기자극치료	MZ008
심장재활-심장재활교육	MM451
심장재활-심장재활평가	MM452
심장재활-심장재활치료	MM453
기능적전기자극치료	MM151

주)

1. 이 특약의 체결 시점 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령의 개정에 따라 의료행위분류가 변경될 수 있습니다. 만일 관련 법령의 개정으로 해당 의료행위가 폐지 또는 변경되어 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료” 해당 여부 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
2. 약관에서 규정하는 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료” 해당 여부는 해당 의료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 판단됩니다.
3. ‘주 2’에 의하여 의료행위를 받을 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에 따라 이 약관에서 보장하는 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료” 해당 여부가 판단된 경우, 이후 관련 법령의 개정으로 의료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

무배당기타심장부정맥진단특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당기타심장부정맥진단특약 A1

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“기타심장부정맥”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	2
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	3
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	4
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	4
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	5
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	5
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	6
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	7
(별표 2) 기타심장부정맥 분류표.....	8

무배당간편기타심장부정맥진단특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“기타심장부정맥”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “기타심장부정맥”이라 함은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류 중 기타심장부정맥 분류표(별표 2 “기타심장부정맥 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “기타심장부정맥”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등의 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “기타심장부정맥”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 기타심장부정맥으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 기타심장부정맥으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타심장부정맥으로 진단확정 되었을 경우 보험수익자에게 약정한 기타심장부정맥 진단비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다.(다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만에 진단확정시 50%를 지급함)

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 기타심장부정맥을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타심장부정맥 진단비를 지급합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의

의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 주계약의 해지 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우, 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하게 되었을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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.

(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 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
기타심장부정맥 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타 심장부정맥으로 진단확정 되었을 경우 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정 시 50%지급)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 기타심장부정맥 진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
기타심장부정맥 진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

기타심장부정맥 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 기타심장부정맥으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 기타 심장부정맥	149

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당기타피부암및갑상선암주요치료비보장특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

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

■ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

■ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “보험계약일 또는 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 기타피부암 또는 갑상선암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 기타피부암 또는 갑상선암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을

지급합니다.

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

■ 목차

무배당기타피부암및갑상선암주요치료비보장특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 4 【“수술”의 정의와 장소】.....	2
제 2-1 조의 5 【“항암방사선치료”의 정의】.....	2
제 2-1 조의 6 【“항암약물치료”의 정의】.....	2
제 2-1 조의 7 【“암 주요치료”의 정의】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	4
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	5
제 2-5 조 【사고증명서】.....	5
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	5
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	5
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	6
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	6
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	6
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	7
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	7
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	7
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	7
제 2-12 조 【해약환급금】.....	8
제 5 관 기타사항.....	8
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	8
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	9
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	11

무배당기타피부암및갑상선암주요치료비보장특약 A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의 II】

이 특약에 있어서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 보험금 지급기간: 기타피부암 또는 갑상선암 최초 진단확정일(이하 “최초 암진단확정일”이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 5 년까지의 기간으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
2. 연간: 최초 암진단확정일부터 그 날을 포함하여 매 1 년 단위로 도래하는 암진단확정 해당일(이하 “암진단확정 해당일”이라 합니다) 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 암진단확정 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 암진단확정 해당일로 합니다.

제 2-1 조의 3 【“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자

에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 그러나 제 3 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 4 【“수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “기타피부암 또는 갑상선암”에 의한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 “기타피부암 또는 갑상선암”의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

제 2-1 조의 5 【“항암방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 2-1 조의 6 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2-1 조의 7 【“암 주요치료”의 정의】

① 이 특약에서 “암 주요치료”라 함은 “기타피부암 또는 갑상선암”을 제거하거나 “기타피부암 또는 갑상선암”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

② 다음 각 호의 사항은 “암 주요치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “기타피부암 또는 갑상선암”의 제거 또는 “기타피부암 또는 갑상선암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 기타피부암, 갑상선암이나 “기타피부암 또는 갑상선암” 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

(호르몬 관련 치료제)

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 기타 “암 주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제 2 항에도 불구하고, “기타피부암 또는 갑상선암”으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 “암 주요치료”를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 기타피부암및갑상선암주요치료비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다(다만, 최초 암진단확정일부터 최대 5 년간, 연간 1 회에 한함(최대 5 회지급)).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

① 회사는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “보험금 지급기간”이란 제 2-1 조의 2(용어의 정의Ⅱ) 제 1 호에서 정의한 기간을 말합니다. 단, 5 차년도에 “암 주요치료”를 받은 경우에는 최초 암진단확정일로부터 5 차년도 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.

보험금(기타피부암및갑상선암주요치료비) 지급 예시				
- 계약일 : 20X0년 4월 1일				
- 보험가입금액 : 100만원				
- 기타피부암 최초 진단확정일 : 20X2년 7월 1일				
- 갑상선암 최초 진단확정일 : 20X5년 8월 1일				
최초 암진단확정일 이후 발생한 암 주요치료 및 보험금 지급 내역				
①	②	③	④	⑤
20X2.7.1 ~20X3.6.30	20X3.7.1 ~20X4.6.30	20X4.7.1 ~20X5.6.30	20X5.7.1 ~20X6.6.30	20X6.7.1 ~20X7.6.30
진단후 1 차년도	진단후 2 차년도	진단후 3 차년도	진단후 4 차년도	진단후 5 차년도
기타피부암 수술 1 회	-	“암 주요치료” 미시행	기타피부암 수술 1 회	갑상선암 수술 1 회
기타피부암 항암약물치료 2 회	기타피부암 항암방사선치료 5 회		-	갑상선암 항암약물치료 1 회
100만원 1 회	100만원 1 회		100만원 1 회	100만원 1 회

주)
 ① 보험금 지급 : 100만원
 ② 보험금 지급 : 100만원
 ③ 보험금 미지급 : “암 주요치료” 미시행
 ④ 보험금 지급 : 100만원
 ⑤ 보험금 지급 : 100만원
 단, 20X2년 7월 1일 기타피부암 최초 진단확정 이후 20X5년 8월 1일 갑상선암으로 최초 진단확정 받더라도 보험금 지급기간은 20X2년 7월 1일로부터 5년입니다.

③ 이 특약에서 “기타피부암” 또는 “갑상선암” 이외의 암은 보장에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 이외의 암으로 진단확정되거나 “기타피부암” 및 “갑상선암” 이외의 암으로 “암 주요치료”를 받았을 경우에는 보험금이 지급되지 않습니다.

④ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “암 주요치료”의 기준 산정 시 수술일은 수술개시일자, 항암방사선치료는 항암방사선치료일자, 항암약물치료는 항암약물투여일자로 합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 “암 주요치료”를 각각 연 1 회 이상 이용한 경우에도 제 2-1 조의 2(용어의 정의Ⅱ) 2호에서 정한 “연간” 1 회에 한하여 보험금을 지급합니다. 단, 연간 1 회를 초과하여 “암 주

요치료”를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제 2 항의 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간과 관계없이 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 제 2 항에서 “기타피부암 또는 갑상선암” 최초 진단확정일 이후 다른 “기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단 확정된 경우, 가장 먼저 “기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단 확정받은 날을 “최초 암 진단확정일”로 봅니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 수술확인서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 3(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항 및 2 항에서 정한 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 회사의 보장개시일은 "계약일 또는 부활(효력회복)일"부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 피보험자가 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정 되었을 경우에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제2-9조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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.

(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 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제2-10조의2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되는 경우.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제

2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
기타피부암 및갑상선암 주요치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암 주요치료”를 받은 경우 (다만, 최초 암진단확정일부터 최대 5년간, 최대 5회 지급)	특약 보험가입금액 (연간 1회한)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
3. 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. “보험금 지급기간”이란 “기타피부암 또는 갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 “암 주요치료”를 받은 경우에는 최초 암진단확정일로부터 5차년도 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.
5. “연간”이란 최초 암진단확정일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 암 진단확정 해당 일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 암진단확정 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 암진단확정 해당일로 합니다.
6. “기타피부암” 또는 “갑상선암” 이외의 암은 보장에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 이외의 암으로 진단확정되거나 “기타피부암” 및 “갑상선암” 이외의 암으로 “암 주요치료”를 받았을 경우에는 보험금이 지급되지 않습니다.
7. “암 주요치료”의 기준 산정 시 수술일은 수술개시일자, 항암방사선치료는 항암방사선치료일자, 항암약물치료는 항암약물투여일자로 합니다.
8. 회사는 피보험자가 “암 주요치료”를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 “연간” 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 단, 연간 1회를 초과하여 “암 주요치료”를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
9. 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간과 관계없이 보험금을 지급합니다.
10. “기타피부암 또는 갑상선암” 최초 진단확정일 이후 다른 “기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단 확정된 경우, 가장 먼저 “기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단 확정받은 날을 “최초 암진단

확정일”로 봅니다.

보험금(기타피부암및갑상선암주요치료비) 지급 예시

- 계약일 : 20X0년 4월 1일
- 보험가입금액 : 100만원
- 기타피부암 최초 진단확정일 : 20X2년 7월 1일
- 갑상선암 최초 진단확정일 : 20X5년 8월 1일

최초 암진단확정일 이후 발생한 암 주요치료 및 보험금 지급 내역

①	②	③	④	⑤
20X2.7.1 ~20X3.6.30	20X3.7.1 ~20X4.6.30	20X4.7.1 ~20X5.6.30	20X5.7.1 ~20X6.6.30	20X6.7.1 ~20X7.6.30
진단후 1 차년도	진단후 2 차년도	진단후 3 차년도	진단후 4 차년도	진단후 5 차년도
기타피부암 수술 1 회	-	“암 주요치료” 미시행	기타피부암 수술 1 회	갑상선암 수술 1 회
기타피부암 항암약물치료 2 회	기타피부암 항암방사선치료 5 회		-	갑상선암 항암약물치료 1 회
100만원 1 회	100만원 1 회		100만원 1 회	100만원 1 회

주)

- ① 보험금 지급 : 100만원
- ② 보험금 지급 : 100만원
- ③ 보험금 미지급 : “암 주요치료” 미시행
- ④ 보험금 지급 : 100만원
- ⑤ 보험금 지급 : 100만원

단, 20X2년 7월 1일 기타피부암 최초 진단확정 이후 20X5년 8월 1일 갑상선암으로 최초 진단확정 받더라도 보험금 지급기간은 20X2년 7월 1일로부터 5년입니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
기타피부암및갑상선암 주요치료비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지 급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간 에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당뇌경색증혈전용해치료특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 뇌경색증 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관상 혈전용해치료의 정의에 포함되지 않는 치료의 경우(예: 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)를 이용한 치료)에는 보험금을 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당뇌경색증혈전용해치료특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“뇌경색증”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“혈전용해치료”의 정의】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	5
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8

무배당뇌경색증혈전용해치료특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“뇌경색증”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “뇌경색증”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제
2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정
되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
뇌경색증	I63

※ 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국
표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서
보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정
이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에
서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약
관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차

개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

※ 다만, 과거 무증상성 열공성 뇌경색(old asymptomatic lacunar infarction), 진구성뇌경색(old infarction) 및 일과성허혈발작(transient ischemic attack)은 보장에서 제외합니다.

② 뇌경색증의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 피보험자가 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 진단확정일 기준 제8차 개정 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

제2-1조의3 【“혈전용해치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “혈전용해치료”라 함은 의사가 뇌경색증의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제 1 항에서 “혈전용해제”라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌경색증으로 진단확정되고 그 뇌경색증의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 뇌경색증혈전용해치료비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다(다만, 최초 1 회에 한함).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(혈전치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함) 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형은 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
 이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-

2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
뇌경색증 혈전용해치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌경색증으로 진단확정되고 그 뇌경색증의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 약관상 혈전용해치료의 정의에 포함되지 않는 치료의 경우(예: 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)를 이용한 치료)에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 뇌경색증 혈전용해치료비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌경색증 혈전용해치료비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내: 평균공시이율의 50% 1 년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당퇴산정특례대상보장특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

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

■ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

■ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당뇌산정특례대상보장특약 A1 약관

- 제 1 편 일반사항..... 1
- 제 2 편 개별사항..... 1
- 제 1 관 용어의 정의 등..... 1
 - 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1
 - 제 2-1 조의 2 【“중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상”의 정의】..... 1
 - 제 2-1 조의 3 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... 2
- 제 2 관 보험금의 지급 등..... 2
 - 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3
 - 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 3
 - 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 3
 - 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3
 - 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4
- 제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4
 - 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4
 - 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4
 - 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4
 - 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5
 - 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5
- 제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5
 - 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5
 - 제 2-12 조 【해약환급금】..... 6
- 제 5 관 기타사항..... 6
 - 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 6
- (별표 1) 보험금 지급기준표..... 7
- (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8
- (별표 2) 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례 대상질환 분류표..... 9
- (별표 3) 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표..... 10
- (별표 4) 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술..... 11

무배당뇌산정특례대상보장특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상”의 정의】

이 특약에 있어서 “중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례 대상”이라 함은 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례 대상 분류표(별표3“중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표” 참조)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

(본인일부부담금 산정특례 제도)

국민건강보험법 제 44 조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제 19 조(비용의 본인부담) 제 1 항 별표 2 및 의료급여법 제 10 조(급여비용의 본인부담), 동법 시행령 제 13 조 (급여비용의 본인부담) 제 1 항 별표 1 에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

(중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간)

“중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상”에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자(뇌혈관질환)의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30 일 간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30 일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제2-1조의3 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음의 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상”신청이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

- ⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 산정특례 적용 시점의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례가 적용이 되는 경우에는 보험수익자에게 약정한 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 보장보험금(이하 “중증질환(뇌혈관질환) 보장보험금”이라 합니다) (별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 연간1회에 한함).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례가 적용되는 경우”는 “중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상으로 등록된 날” 또는 “중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상에 해당 하는 수술 또는 진료를 받은 날(단, 입원 진료인 경우에는 최초 입원일)”을 기준으로 적용합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일 까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ④ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(뇌혈관질환)보장보험금을 지급하지 않습니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “산정특례 적용여부를 확인할 수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함), 처방전 등]”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으

로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제

2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
<p>중증질환(뇌혈관질환) 보장보험금</p>	<p>피보험자가 이 특약의 보험기간 중 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례가 적용이 되는 경우 (연간1회한)</p>	<p>특약 보험가입금액</p>

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 1 - 1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
중증질환(뇌혈관질환) 보장보험금 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 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%)
해약환급금 (제2-12조제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례 대상질환 분류표

I. 약관에서 규정하는 "중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례 대상질환" 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023.1.1 시행) 제4 조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)의 [별첨 1]에서 정하는 아래의 상병을 말합니다. 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단하며 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우는 개정된 기준을 따릅니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 뇌혈관질환	I60~I67
· 경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
· 후천성 동정맥류	I77.0
· 순환계통의 기타 선천기형	Q28.0~Q28.3
· 두개내손상	S06

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 상병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 상병에 해당될 수 있었다고 하더라도 상병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 상병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 상병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 상병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 상병에 해당될 수 없었다고 하더라도 상병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 상병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 상병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

상병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 상병에 해당될 수 없었다면 상병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 상병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 상병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표

I. 약관에서 규정하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 (보건복지부 고시 제 2022-294 호, 2023. 1. 1 시행)” 제 4 조 별표 3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정 기호
· “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병”(별표 2 “중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례 대상질환 분류표” 참조)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술”(별표 4 “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술” 참조)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30 일	V191
· “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병”(별표 2 “중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례 대상질환 분류표” 참조)에서 160~162 에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30 일 단, “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술”(별표 4 “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술” 참조)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
· “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병” (별표 2 “중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례 대상질환 분류표” 참조)에서 163 에 해당하는 상병의 뇌경색증 환자가 증상 발생 24 시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS 가 5 점 이상인 경우 최대 30 일 단, “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술”(별표 4 “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술” 참조)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

주)

1. NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale 의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.
2. “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 판단합니다. 진단 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

I. 이 약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 수술"이란 "중증질환자 뇌혈관질환"으로 인한 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 국민건강보험법 시행령 제 19 조 제 1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-294 호, 2023. 1. 1 시행)에 해당하는 수술을 말합니다. 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우는 개정된 기준에 따릅니다.

대상이 되는 항목	수가코드
· 혈종제거를 위한 개두술	S4621,S4622
· 뇌동맥류수술	S4641,S4642
· 뇌동정맥기형적출술	S4653~S4658
· 두개강내 혈관문합술	S4661,S4662
· 단락술 또는 측로조성술	S4711~S4715
· 뇌엽절제술	S4780
· 뇌 기저부 수술	S4801~S4803
· 중추신경계정위수술 - 혈종제거	S4756
· 경피적풍선혈관성형술	M6593,M6594, M6597
· 경피적뇌혈관약물성형술	M6599
· 경피적혈관내 금속스텐트삽입술	M6601,M6602, M6605
· 경피적혈전제거술	M6630,M6632, M6635,M6636, M6637,M6639
· 혈관색전술	M1661~M1667, M6644
· 천두술	N0322~N0324
· 개두술 또는 두개절제술	N0333
· 혈관내 죽종제거술	O0226,O0227, O2066
· 경동맥결찰술	S4670
· 뇌내시경수술	S4744
· 뇌 정위적 방사선수술	HD113~HD115

무배당뇌출혈진단특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당뇌출혈진단특약 A1 약관

제 1 편 일반사항	1
제 2 편 개별사항	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】	2
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】	3
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금	4
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	4
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	5
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	5
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	6
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	7
(별표 2) 뇌출혈 분류표	8

무배당뇌출혈진단특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의 2 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌출혈 분류표(별표 2 “뇌출혈 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관
련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단
은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영
술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야
합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각
호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는
증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정 되었을 경우 보험수익자에게 약정한 뇌출혈진단비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다(다만, 최초1회에 한하며, 계약 일로부터 1년 미만 진단확정 시 50%를 지급함).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈진단비를 지급합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니

다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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.

(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 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
뇌출혈 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50%지급)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 뇌출혈진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌출혈진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

뇌출혈 분류표

I. 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 거미막하출혈	160
· 뇌내출혈	161
· 기타 비외상성 두개내출혈	162

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당뇌혈관질환수술보장특약 A1(최초 1 회한)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당뇌혈관질환수술보장특약 A1(최초 1 회한) 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】..... 2

제 2 관 보험금의 지급 등..... 2

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 2

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 2

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 3

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 3

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 3

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 4

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 4

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 5

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 6

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 7

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8

 (별표 2) 뇌혈관질환 분류표..... 9

 (별표 3) 수술분류표..... 11

무배당뇌혈관질환수술보장특약 A1(최초 1 회한) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환 분류표(별표2 “뇌혈관질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제8차 개정 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF)를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 【“수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”으로 수술분류표(별표3 “수술분류표” 참조, 이하 “수술분류표”라 합니다)에서 정한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 수술비(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)을 지급합니다(다만, 최초1회에 한하며, 계약일로부터 1년 미만 진단확정 시 50%를 지급함).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가

발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 수술확인서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제2-9조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아

주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 수술시 50% 지급)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 뇌혈관질환 수술비 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환 수술비 (제2-2조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내: 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 거미막하출혈	160
· 뇌내출혈	161
· 기타 비외상성 두개내출혈	162
· 뇌경색증	163
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	164
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
· 기타 뇌혈관질환	167
· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168
· 뇌혈관질환의 후유증	169

주)

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수

없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

수술분류표

I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술명
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25 cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)
	2. 피부이식수술(25 cm ² 미만인 경우)
	3. 유방절단수술(切斷術. Mastectomy)
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節)은 제외함]
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술

구분	수술명
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술
	17. 편도, 아데노이드 절제수술
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관 혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]
	26. 심장내(心臟內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)
29. 비장(脾腸) 절제수술	
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]

구분	수술명
소화기계의 수술	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]
비뇨기계, 생식기계의 수술 (인공임신중절 수술은 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]
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	47. 방광류·요실금 교정수술
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)
	50. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술
	51. 음낭관혈수술
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
55. 질탈(膣脫)근본수술	
내분비계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술
	57. 갑상선(甲狀腺), 부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술
	58. 부신(副腎) 절제수술

구분	수술명
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	60. 신경(神經) 관혈수술
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술
	68. 각막, 공막 이식수술
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	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.]
	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.]
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.]	
75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	
76. 안와내양절제수술	
77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	
78. 안근(眼筋)관혈수술	
청각기 (聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]

구분	수술명
청각기 (聽覺器)의 수술	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.]
	83. 내이(內耳) 관혈수술
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	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
	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
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)
88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88 항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87 항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)
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. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

주)

1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 수술로 인정합니다.
 - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1 회의 수술로 인정합니다.
 - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 “관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)”로 인정하지 않습니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000 Rad 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]
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

주) 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <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 신경 BLOCK은 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. <수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) <수술분류표>상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <수술분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <수술분류표> 중 '일반질병 및 재해 치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료 목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하

여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.

- 1) 미용 성형상의 수술
- 2) 피임(避妊) 목적의 수술
- 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
- 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

무배당뇌혈관질환입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원자금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당뇌혈관질환입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 2

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 2

 제 2-2 조의 2 【보험료 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 3

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 3

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 3

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 4

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 4

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 5

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 6

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 7

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8

 (별표 2) 뇌혈관질환 분류표..... 9

무배당뇌혈관질환입원특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환분류표(별표2 “뇌혈관질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제8차 개정 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 국외 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 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF)를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자가 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

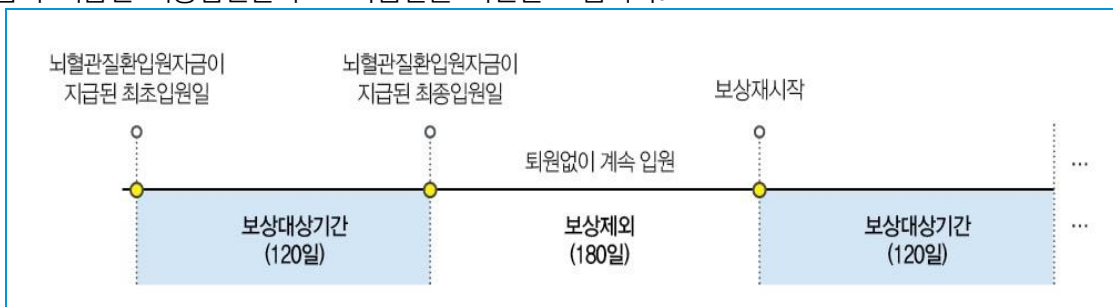
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환입원자금 (별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.(다만, 1회 입원당 지급일수 120일 한도)

제2-2조의2 【보험료 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 뇌혈관질환입원자금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제1호의 경우 피보험자가 동일한 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 뇌혈관질환에 의한 입원이라도 뇌혈관질환입원자금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 뇌혈관질환입원자금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환입원자금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대한

여는 제1호의 규정에 따라 계속 뇌혈관질환입원자금을 지급합니다.

- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 하여 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
- ⑥ 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 뇌혈관질환입원자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 진료확인서 또는 입원확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의

주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제2-9조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 입원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때	특약 보험가입금액 (1 회 입원당 지급일수 120일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
뇌혈관질환입원자금, (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부 터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 거미막하출혈	160
· 뇌내출혈	161
· 기타 비외상성 두개내출혈	162
· 뇌경색증	163
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	164
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
· 기타 뇌혈관질환	167
· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168
· 뇌혈관질환의 후유증	169

주)

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수

없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당뇌혈관질환중환자실입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

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

■ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

■ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

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

■ 목차

무배당뇌혈관질환중환자실입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)”의 정의】..... 1

 제 2-1 조의 4 【“입원”의 정의와 장소】..... 2

제 2 관 보험금의 지급 등..... 2

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 2

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 3

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 5

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 6

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 7

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8

 (별표 2) 뇌혈관질환 분류표..... 9

무배당뇌혈관질환중환자실입원특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환 분류표(별표2 “뇌혈관질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제8차 개정 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 국외 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 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF)를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 【“중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)”의 정의】

이 특약에서 있어서 “중환자실”(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)(이하 “중환자실”이라 합니다)이라 함은 의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 동법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다.

제2-1조의4 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료의 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 경우 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환중환자실입원급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다(다만, 1회 입원당 지급일수 60일 한도)

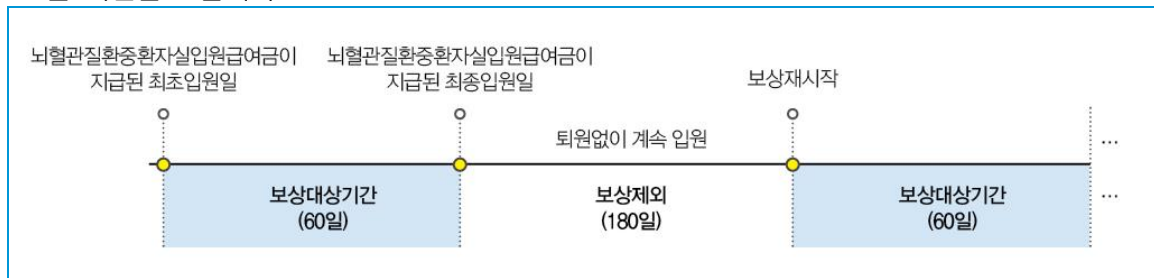
제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환중환자실입원급여금에 관한 세부규정은 다음과 같습니다.
 1. 뇌혈관질환중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다.
 2. 제1호의 경우 피보험자가 동일한 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 하여 계속 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 뇌혈관질환에 의한 입원이라도 뇌혈관질환중환자실입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 뇌혈관질환중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날

을 퇴원일로 봅니다.



3. 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 1 호의 규정에 따라 뇌혈관질환중환자실입원급여금을 지급합니다.
4. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
5. 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 뇌혈관질환중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 중환자실입원확인서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급 형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 중환자실 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 때	특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 60일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환 중환자실입원급여금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 거미막하출혈	160
· 뇌내출혈	161
· 기타 비외상성 두개내출혈	162
· 뇌경색증	163
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	164
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
· 기타 뇌혈관질환	167
· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168
· 뇌혈관질환의 후유증	169

주)

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수

없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당뇌혈관질환진단특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때에 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당뇌혈관질환진단특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	2
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	3
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	4
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	4
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	5
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	5
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	6
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	7
(별표 2) 뇌혈관질환 분류표.....	8

무배당뇌혈관질환진단특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환분류표(별표 2 “뇌혈관질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF)를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 경우 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환진단비(다만, 별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다(다만, 최초1회에 한하며, 계약일로부터 1년 미만 진단확정 시 50%를 지급함).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 뇌혈관질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환 진단비를 지급합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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.

(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 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자 적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 뇌혈관질환 진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환 진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 거미막하출혈	160
· 뇌내출혈	161
· 기타 비외상성 두개내출혈	162
· 뇌경색증	163
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	164
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
· 기타 뇌혈관질환	167
· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168
· 뇌혈관질환의 후유증	169

주)

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수

없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당뇌혈관질환통원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당뇌혈관질환통원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“통원”의 정의와 장소】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	3
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	4
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	4
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	5
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	5
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	6
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	7
(별표 2) 뇌혈관질환 분류표.....	8

무배당뇌혈관질환통원특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환분류표(별표 2 “뇌혈관질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF)를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 【“통원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환통원자금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.(통원 1 회당, 1 일 1 회한, 연간 30 회한)

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는(별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란 계약일부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금

은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 통원확인서 또는 진료확인서, 진료비세부내역서, 처방전 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
 이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
(해약환급금 관련 유의사항)
 - 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 (1일 1회한, 연간 30회한)	특약 보험가입금액 (통원 1회당)

주)

1. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환통원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 거미막하출혈	160
· 뇌내출혈	161
· 기타 비외상성 두개내출혈	162
· 뇌경색증	163
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	164
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
· 기타 뇌혈관질환	167
· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168
· 뇌혈관질환의 후유증	169

주)

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수

없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당독감항바이러스제치료특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 독감(인플루엔자) 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 10일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지 시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 10일 이내에 독감(인플루엔자)으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당독감항바이러스제치료특약(갱신형) 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“독감(인플루엔자)” 및 “독감 항바이러스제”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	3
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 독감(인플루엔자) 분류표.....	9

무배당독감항바이러스제치료특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“독감(인플루엔자)” 및 “독감 항바이러스제”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “독감(인플루엔자)”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 독감(인플루엔자) 분류표(별표 2 “독감(인플루엔자) 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “독감(인플루엔자)”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한 의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen Test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “독감(인플루엔자)”의 조사나 확인이 필요한 경우 검사결과지, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “독감 항바이러스제”라 함은 독감(인플루엔자)의 치료를 직접적인 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위해 사용하는 약제로서, 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 항목에 독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

(독감 항바이러스제 해당 성분명 안내)

성분명은 “효능효과”를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.

- 오셀타미비르(oseltamivir)
- 자나미비르(zanamivir)
- 페라미비르(peramivir)
- 발록사비르(baloxavir)

※ 상기 독감 항바이러스제 해당 성분명은 2024 년 1 월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

(식품의약품안전처 허가 내 “효능효과” 확인 방법)

식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색

제2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 독감(인플루엔자) 보장개시일(이하 “독감(인플루엔자) 보장개시일”이라 합니다) 이후에 “독감(인플루엔자)”으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “독감 항바이러스제”를 처방받았을 때 연간 1 회에 한하여 보험수익자에게 약정한 독감 항바이러스제 치료비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 연간 1 회에 한함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “독감 항바이러스제 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서(병명기입) 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“독감(인플루엔자)” 및 “독감 항바이러스제”의 정의 및 진단확정)에서 정한 독감(인플루엔자)에 대한 회사의 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 10일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 독감(인플루엔자) 보장개시일이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것

로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.

③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이

적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

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

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조(사고증명서)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 독감(인플루엔자) 보장개시일의 전일 이전에 독감(인플루엔자)으로 진단확정 되는 경우

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
독감 항바이러스제 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 독감(인플루엔자) 보장개시일 이후에 “독감(인플루엔자)”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “독감 항바이러스제”를 처방받았을 때 (연간 1 회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 독감(인플루엔자) 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 10 일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 10 일이 지난날의 다음날을 독감(인플루엔자) 보장개시일로 합니다.
3. “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
독감 항바이러스제 치료비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

독감(인플루엔자) 분류표

1. 약관에서 규정하는 독감(인플루엔자)으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
· 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
· 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당바로방사선항암약물치료특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당바로방사선항암약물치료특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 4 【“항암약물치료”의 정의】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	10

무배당바로방사선항암약물치료특약A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물
(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”
에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물
(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

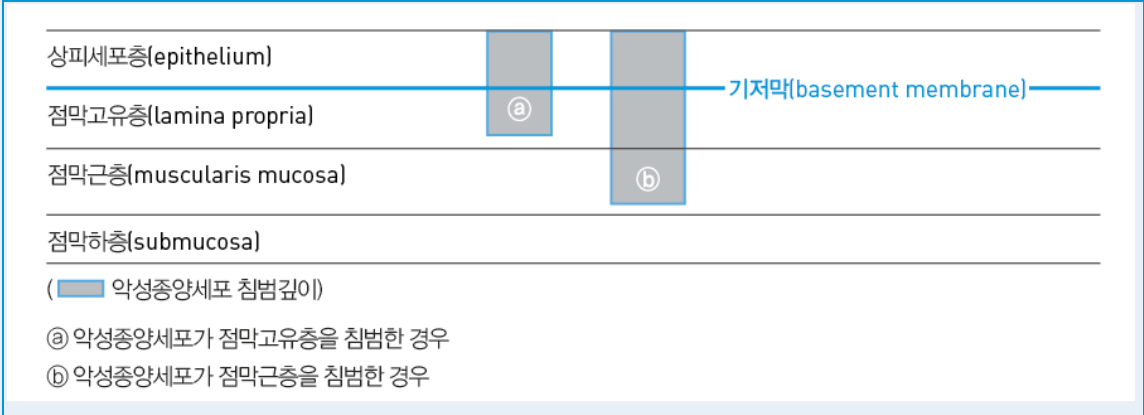
- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어
C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악
성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암 세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때: 항암방사선치료비(다만, 최초 1회에 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때: 항암약물치료비(다만, 최초 1회에 한함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금

지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 방사선치료확인서, 항암약물치료확인서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으

로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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: 가족관계등

록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약

자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
항암방사선 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회한)
항암약물 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회한)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
항암방사선치료비, 항암약물치료비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.

4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당바로방사선항암약물치료특약 A1

_기타피부암,갑상선암제외

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당바로방사선항암약물치료특약 A1_기타피부암,갑상선암제외 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 4 【“항암약물치료”의 정의】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	10

무배당바로방사선항암약물치료특약A1_기타피부암,갑상선암제외 약관 (240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

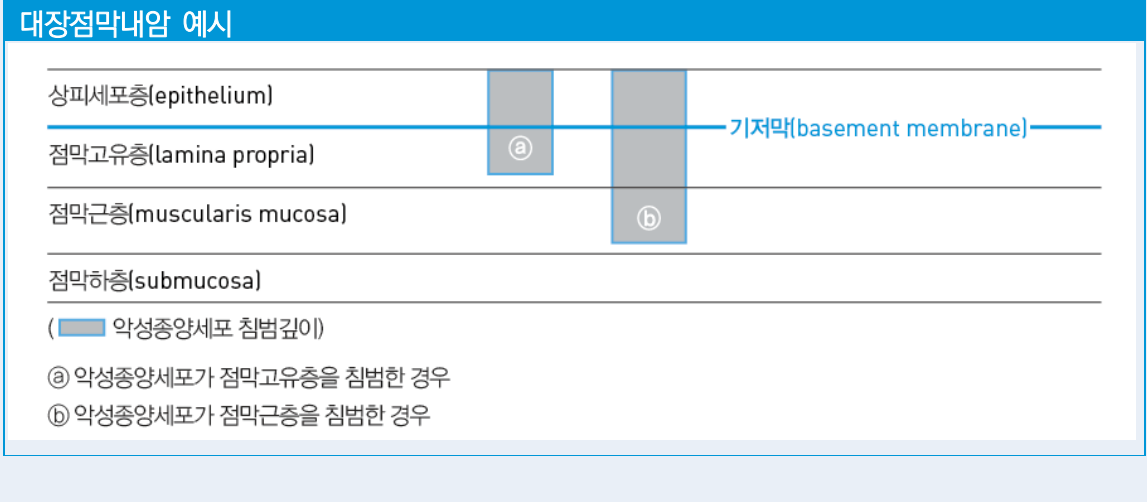
한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어

야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때: 항암방사선치료비(다만, 최초 1회에 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때: 항암약물치료비(다만, 최초 1회에 한함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금

지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으

로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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: 가족관계등

록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약

자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
항암방사선 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회에 한함)
항암약물 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회에 한함)

주)

1. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단확정 되었을 경우 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 치료비가 지급됩니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
항암방사선치료비, 항암약물치료비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당바로상급종합병원암(소액암제외)통원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- “상급종합병원”은 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서, 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원을 의미합니다.

■ 목차

무배당바로상급종합병원암(소액암제외)통원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“통원”의 정의와 장소 및 “암의 직접적인 치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 4 【“상급종합병원”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	4
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	5
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	5
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	5
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	5
제 2-5 조 【사고증명서】.....	5
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	6
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	6
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	7
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	7
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	7
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	7
제 2-12 조 【해약환급금】.....	8
제 5 관 기타사항.....	8
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	8
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	9
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	10
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	11
(별표 3) 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정).....	13

무배당바로상급종합병원암(소액암제외)통원특약A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생
물(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따
라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인
되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차
성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지
않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

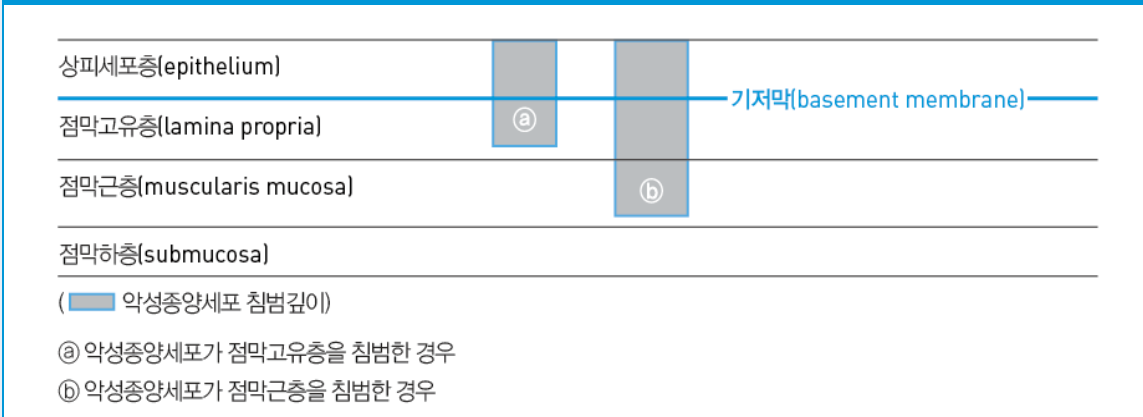
- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생
물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의3 【“통원”의 정의와 장소 및 “암의 직접적인 치료”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 “암의 직접적인 치료”라 함은 “암”을 제거하거나 “암”의 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)를 말합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, “암”을 제거하거나 “암”의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

④ 제1항의 “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않는 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 ‘면역력 강화 치료’
3. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 “암”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료’
4. 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명치료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제2-1조의4 【“상급종합병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(별표3 “의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)” 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)을 말합니다.

제2-1조의5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의4(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필

요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정이 불가능한 경우

(“상급종합병원” 지정이 불가능한 사례 예시)

상급종합병원 지정기준의 변경으로, 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원으로 지정하는 경우 등

3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 암직접치료상급종합병원통원자금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원통원자금을 지급합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원통원자금을 지급합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 암진단서, 조직검사결과서, 통원확인서 또는 진료확인서, 진료비세부내역서, 처방전 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니

다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암직접치료 상급종합병원 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때	특약 보험가입금액 (통원1회당)

주)

1. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되었을 경우 암직접치료상급종합병원통원자금은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 암직접치료상급종합병원통원자금이 지급됩니다.
3. “상급종합병원”은 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
암직접치료 상급종합병원 통원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

의료법 제3 조의4(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 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제 77 조 제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

무배당바로상급종합병원암통원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- “상급종합병원”은 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서, 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원을 의미합니다.

■ 목차

무배당바로상급종합병원암통원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】..... 3

제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】..... 3

제 2-1 조의 5 【“통원”의 정의와 장소 및 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료”의 정의】... 3

제 2-1 조의 6 【“상급종합병원”의 정의】..... 4

제 2-1 조의 7 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... 5

제 2 관 보험금의 지급 등..... 6

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 6

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 6

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 6

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 6

제 2-5 조 【사고증명서】..... 7

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 7

제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 7

제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 7

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 7

제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 8

제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 8

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 8

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 8

제 2-12 조 【해약환급금】..... 9

제 5 관 기타사항..... 9

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 9

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 10

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 11

(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 12

(별표 3) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)..... 14

(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표..... 16

(별표 5) 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)..... 18

무배당바로상급종합병원암통원특약 A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생
물(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따
라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인
되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차
성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지
않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

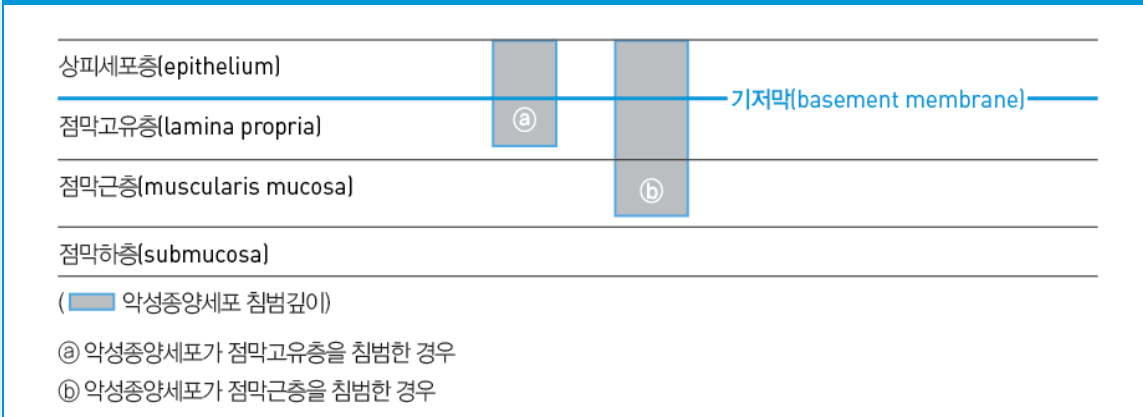
- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생
물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)

⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(별표3 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제2항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

（“진단이 가능하지 않을 때” 예시）

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표4 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제2항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

（“진단이 가능하지 않을 때” 예시）

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의5 【“통원”의 정의와 장소 및 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의

관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”라 함은 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”을 제거하거나 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 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)를 말합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”에는 항암방사선 치료, 항암화학치료, “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”을 제거하거나 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합 치료 등이 포함됩니다.

④ 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않는 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 ‘면역력 강화 치료’
3. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양’이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료’
4. 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명치료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제2-1조의6 【“상급종합병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(별표5 “의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)” 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)을 말합니다.

제2-1조의7 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의6(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

- 1. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
- 2. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정이 불가능한 경우

(“상급종합병원” 지정이 불가능한 사례 예시)

상급종합병원 지정기준의 변경으로, 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원으로 지정하는 경우 등

3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 해당 암직접치료상급종합병원통원자금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원통원자금을 지급합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원통원자금을 지급합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 통원확인서 또는 진료확인서, 진료비세부내역서, 처방전 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으

로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제

2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암직접치료 상급종합병원 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때	암 : 특약 보험가입금액 기타피부암 : 특약 보험가입금액 갑상선암 : 특약 보험가입금액 제자리암 : 특약 보험가입금액 경계성종양 : 특약 보험가입금액 (통원1회당)

주)

1. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “기타피부암” 및 “갑상선암”에 해당하는 암직접치료상급종합병원통원자금을 지급하고 암에 해당하는 암직접치료상급종합병원통원자금은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 암직접치료상급종합병원통원자금은 지급하고 “갑상선암”에 해당하는 암직접치료상급종합병원통원자금은 지급되지 않습니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
암직접치료 상급종합병원 통원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

Ⅰ. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 5)

의료법 제 3 조의 4(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 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제 77 조 제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

무배당바로암(소액암제외)진단비특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당바로암(소액암제외)진단비특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	9

무배당바로암(소액암제외)진단비특약 A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

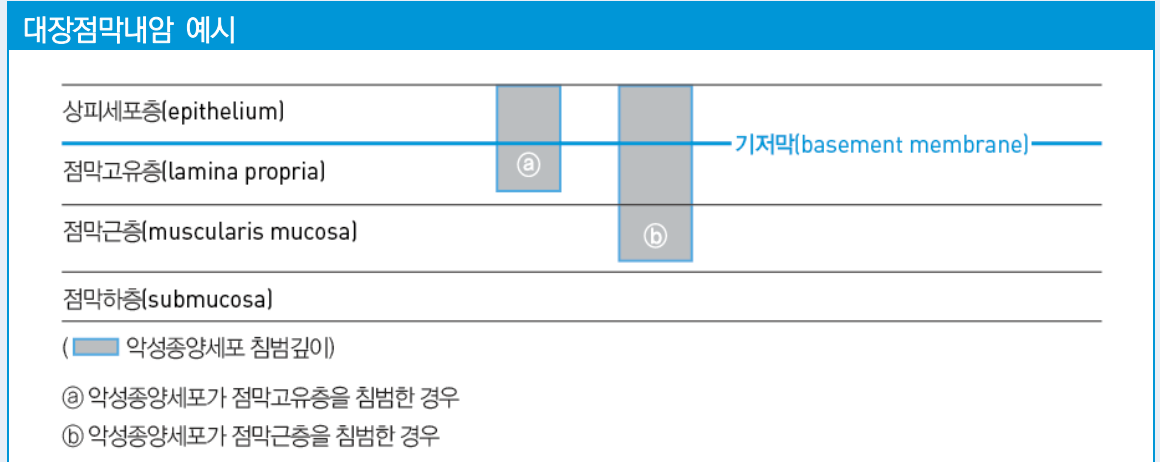
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2관 보험금의 지급 등

제2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단확정 되었을 때 보험수익자에게 약정한 암진단비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다(다만, 최초 1 회에 한함).

제2-2 조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2 조(보험금의 지급사유)의 암진단비를 지급합니다.

제2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것

로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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.

(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 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암진단비는 지급되지 않습니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 암진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 진단비가 지급됩니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
암진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내: 평균공시이율의 50% 1 년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당바로암(소액암제외)통원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당바로암(소액암제외)통원특약 A1 약관

- 제 1 편 일반사항..... 1
- 제 2 편 개별사항..... 1
- 제 1 관 용어의 정의 등..... 1
 - 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1
 - 제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1
 - 제 2-1 조의 3 【“통원”의 정의와 장소 및 “암의 직접적인 치료”의 정의】..... 3
- 제 2 관 보험금의 지급 등..... 3
 - 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3
 - 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 4
 - 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 4
 - 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 4
 - 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4
- 제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4
 - 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4
 - 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 5
 - 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 5
 - 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5
 - 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 6
- 제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 6
 - 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 6
 - 제 2-12 조 【해약환급금】..... 6
- 제 5 관 기타사항..... 7
 - 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 7
- (별표 1) 보험금 지급기준표..... 8
- (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 9
- (별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 10

무배당바로암(소액암제외)통원특약A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물
(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”
에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물
(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

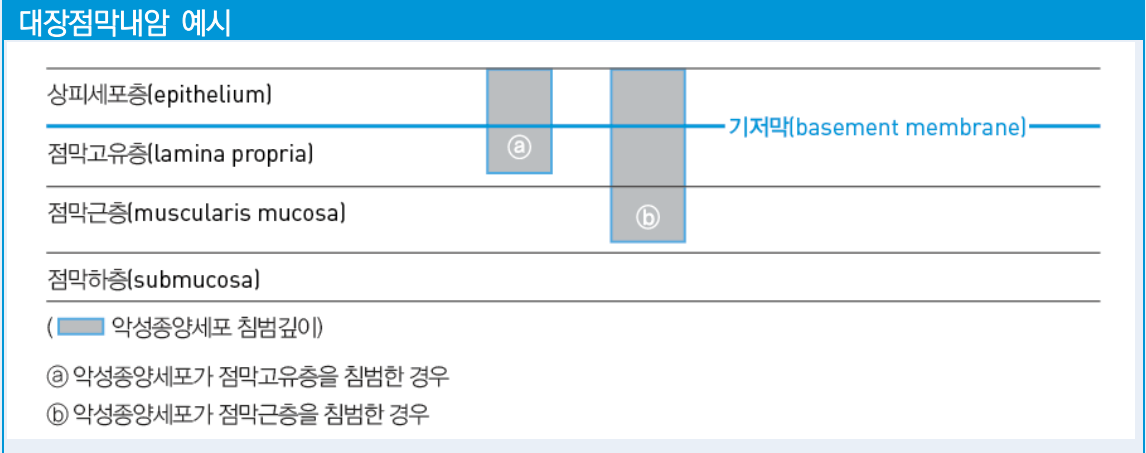
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어
C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악
성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1 조의3 【“통원”의 정의와 장소 및 “암의 직접적인 치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 “암의 직접적인 치료”라 함은 “암”을 제거하거나 “암”의 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)를 말합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

- ③ 제1항의 “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, “암”을 제거하거나 “암”의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ④ 제1항의 “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 - 1. 식이요법, 명상요법 등 “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않는 치료
 - 2. 면역력 강화 치료
 - 3. “암”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
 - 1. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 - 2. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 ‘면역력 강화 치료’
 - 3. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 “암”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료’
 - 4. 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명치료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제2 관 보험금의 지급 등

제2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 보험수익자에게 약정한 암직접치료통원자금(통원 1 회당)(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 통원확인서, 진료확인서, 진료비세부내역서, 처방전 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

금 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 직접치료 통원자금	피보험자가 보험기간 중 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때	특약 보험가입금액 (통원1회당)

주)

1. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암직접치료통원자금은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 암직접치료통원자금이 지급됩니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
암직접치료통원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당바로암통원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당바로암통원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 5 【“통원”의 정의와 장소 및 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료”의 정의】... 3	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	4
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	5
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	5
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	5
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	5
제 2-5 조 【사고증명서】.....	5
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	6
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	6
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	7
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	7
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	7
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	7
제 2-12 조 【해약환급금】.....	7
제 5 관 기타사항.....	8
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	8
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	9
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	10
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	11
(별표 3) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외).....	13
(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표.....	15

무배당바로암통원특약 A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물
(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”
에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물
(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

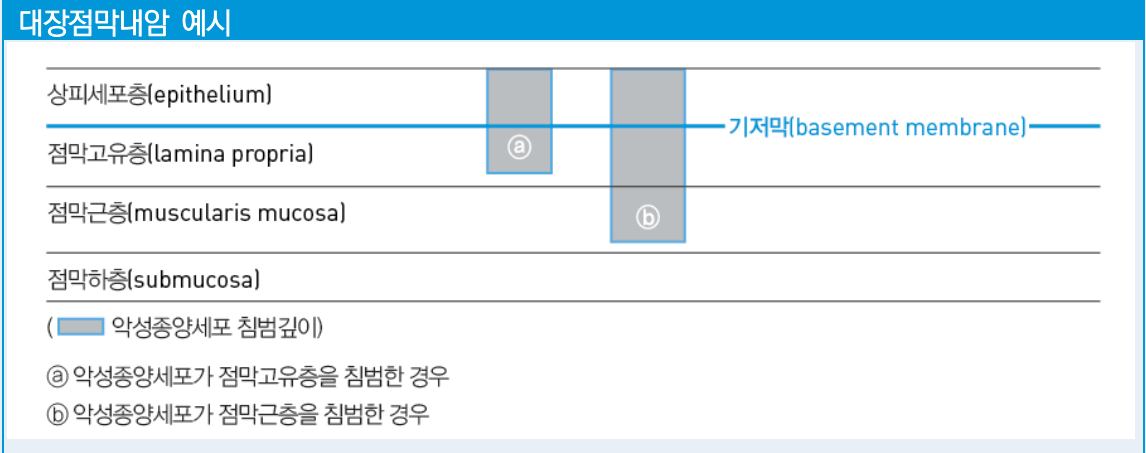
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어
C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악
성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물분류표(별표3 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제2항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표4 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제2항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 5 【“통원”의 정의와 장소 및 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”라 함은 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”을 제거하거나 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 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)를 말합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”에는 항암방사선 치료, 항암화학치료, “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”을 제거하거나 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합 치료 등이 포함됩니다.

④ 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않는 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 ‘면역력 강화 치료’
3. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명치료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 암직접치료통원자금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 통원확인서, 진료확인서, 진료비세부내역서, 처방전 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암 직접치료 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때	암 : 특약 보험가입금액 기타피부암 : 특약 보험가입금액 갑상선암 : 특약 보험가입금액 제자리암 : 특약 보험가입금액 경계성종양 : 특약 보험가입금액 (통원1회당)

주)

1. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “기타피부암” 또는 “갑상선암”에 해당하는 암직접치료통원자금을 지급하고 암에 해당하는 암직접치료통원자금은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 암직접치료통원자금은 지급하고 “갑상선암”에 해당하는 암직접치료통원자금은 지급되지 않습니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
암직접치료통원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

Ⅰ. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당방사선항암약물치료특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당방사선험암약물치료특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“항암방사선험치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 4 【“항암약물치료”의 정의】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	4
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	6
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	7
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	10

무배당방사선항암약물치료특약A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물
(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”
에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물
(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

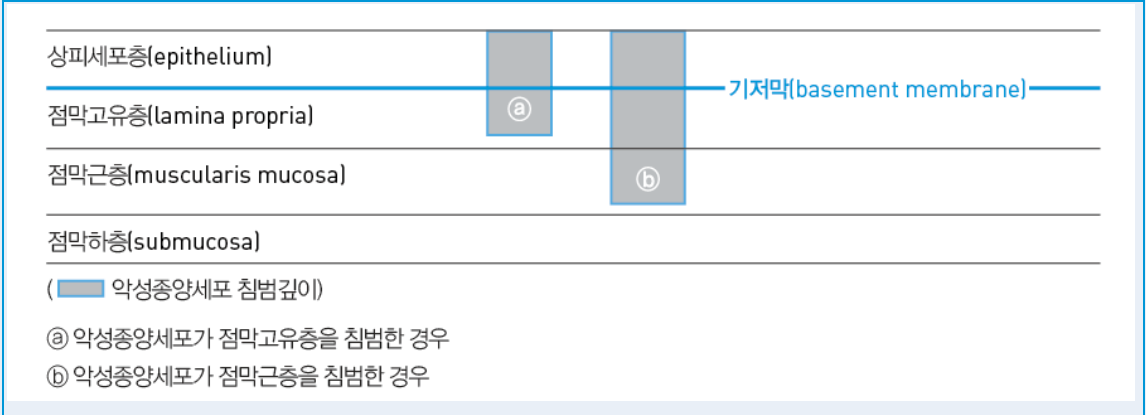
- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어
C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악
성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암 세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때: 항암방사선치료비(다만, 최초 1회에 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때: 항암약물치료비(다만, 최초 1회에 한함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 방사선치료확인서, 항암약물치료확인서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인

경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 - ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
 - ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
 - ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 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 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우 (“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
항암방사선 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회한)
항암약물 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회한)

주)

1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
항암방사선치료비, 항암약물치료비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.

4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당방사선항암약물치료특약 A1

_기타피부암,갑상선암제외

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당방사선헬암약물치료특약 A1_기타피부암,갑상선암제외 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“항암방사선헬치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 4 【“항암약물치료”의 정의】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	4
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	6
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	10

무배당방사선항암약물치료특약A1_기타피부암,갑상선암제외 약관 (240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

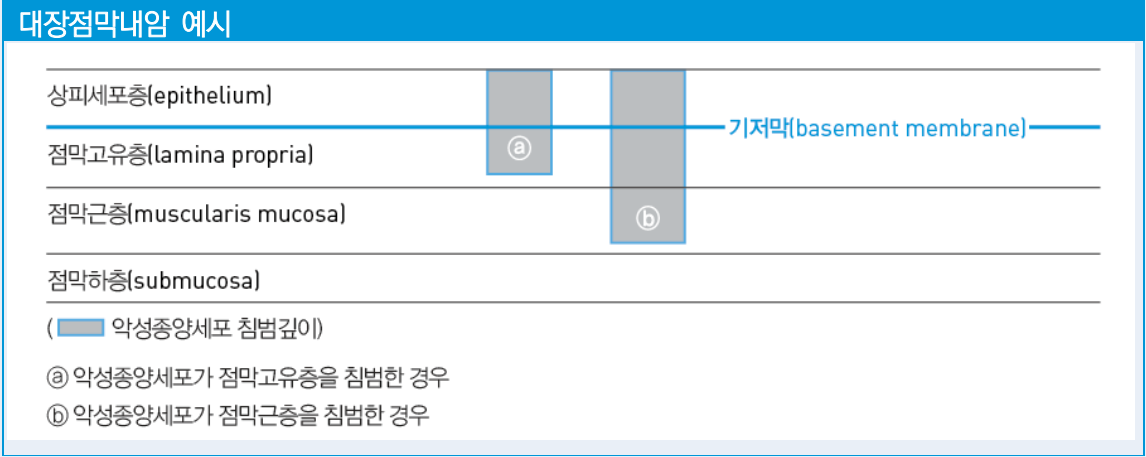
한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어

야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때: 항암방사선치료비(다만, 최초 1회에 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때: 항암약물치료비(다만, 최초 1회에 한함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인

경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 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 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우 (“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다

다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
항암방사선 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회에 한함)
항암약물 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회에 한함)

주)

1. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단확정 되었을 경우 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
4. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 치료비가 지급됩니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
항암방사선치료비, 항암약물치료비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당보험료납입면제특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험료 납입면제를 받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암납입면제보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험료 납입면제 관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험료 납입면제사유로 합니다.

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

■ 목차

무배당보험료납입면제특약 A1

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 4 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 5 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 6 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】.....	4
제 2-1 조의 7 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】.....	4
제 2-1 조의 8 【“말기신부전증”의 정의 및 진단확정】.....	4
제 2-1 조의 9 【“말기간질환”의 정의 및 진단확정】.....	4
제 2-1 조의 10 【“말기폐질환”의 정의 및 진단확정】.....	5
제 2-1 조의 11 【“수술”의 정의 및 장소】.....	6
제 2 관 보험금의 지급 등.....	7
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	7
제 2-2 조의 2 【보험료 납입면제사유】.....	7
제 2-3 조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	8
제 2-4 조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】.....	9
제 2-5 조 【보험료 납입면제 등의 청구】.....	9
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	9
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	9
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	10
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	10
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	10
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	11
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	11
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	12
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	12
제 2-12 조 【해약환급금】.....	12
제 5 관 기타사항.....	12
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	12
(별표 1) 보험료를 납입면제할 때의 적립이율 계산.....	13
(별표 2) 재해분류표.....	14

(별표 3) 장애분류표.....	16
(별표 4) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)	39
(별표 5) 뇌출혈 분류표	41
(별표 6) 뇌혈관질환 분류표.....	42
(별표 7) 급성심근경색증 분류표	44
(별표 8) 허혈심장질환 분류표	45
(별표 9) 수술분류표.....	46

무배당보험료납입면제특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 납입면제대상계약의 보험료 납입기간과 동일합니다. 다만, 제 2-8 조(특약내용의 변경 등) 제 7 항에 해당하는 경우에는 변경 또는 전환 전 납입면제대상계약의 보험료 납입기간으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

납입면제대상계약: “사업방법서”에서 정하는 바에 따라 보험료 납입면제를 보장하는 주계약 또는 주계약에 부가된 특약을 말합니다. 다만, 제 2-8 조(특약내용의 변경 등) 제 3 항 제 1 호, 같은 조 제 4 항에서 제 5 항에 따라 주계약에 부가된 특약의 변경이 있는 경우 해당 특약은 제외합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: (별표 3)장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: (별표 2)재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제 2-1 조의 3 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 4 “대상”이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암

및 갑상선암 제외) 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

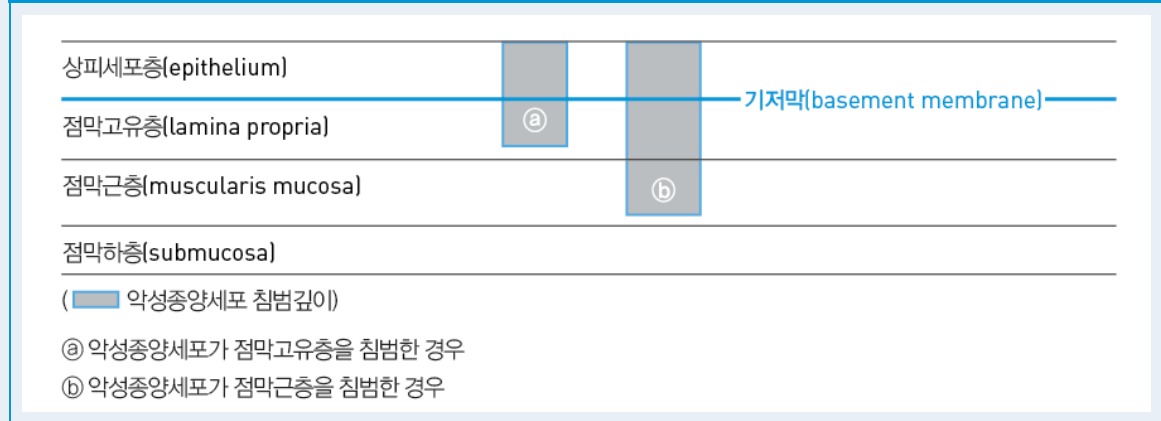
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호

C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제 5 항에 따른 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 4 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌출혈분류표(별표 5 “뇌출혈 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 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 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-1 조의 5 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환분류표(별표 6 “뇌혈관질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.
- ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 국외 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 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF)를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-1 조의 6 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 급성심근경색증 분류표(별표 7 “급성심근경색증 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-1 조의 7 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 허혈심장질환 분류표(별표 8 “허혈심장질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-1 조의 8 【“말기신부전증”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능 부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말하며 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.
- ② 말기신부전증의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 2-1 조의 9 【“말기간질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “말기간질환”이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3 가지 기준을 모두 충족시키는 간경변증을 일으키는 말기간질환을 말합니다.

② 말기간질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 2-1 조의 10 【“말기폐질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “말기폐질환”이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2 가지 특징을 모두 보여야 합니다.

1. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
2. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하

② 이 특약에 있어서 “말기폐질환”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 아래에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	병 명 코 드
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도감염	J20 ~ J22
만성 하부호흡기질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
류마티스폐질환	M05.1
수두폐렴	B01.2
폐렴이 합병된 홍역	B05.2
거대세포바이러스폐렴	B25.0
폐톡소포자충증	B58.3

※ 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

③ 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

④ 제 1 항 및 제 2 항에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

제 2-1 조의 11 【“수술”의 정의 및 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양에 의한 수술이 필요하다고 인정한 경우 또는 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환으로 수술분류표(별표9 “수술분류표” 참조, 이하 “수술분류표”라 합니다)에서 정한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

(항암방사선치료)

치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

(항암약물치료)

해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

이 특약은 보험금의 지급사유에 대한 해당사항이 없습니다

제 2-2 조의 2 【보험료 납입면제사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우 차회 이후 납입면제대상계약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 암납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정 되었을 때(다만, 암 납입면제형에 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정 되었을 때(다만, 뇌출혈 납입면제형에 한함)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때(다만, 뇌혈관질환 납입면제형에 한함)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때(다만, 급성심근경색증 납입면제형에 한함)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때(다만, 허혈심장질환 납입면제형에 한함)
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인」으로 인하여 장애분류표 중 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상의 장애상태가 되었을 때 (다만, 50%이상장애 납입면제형에 한함)
7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 암납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정 되고, 그 암으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 또는 피보험자가 보험기간 중 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환으로 진단확정되고, 그 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (다만, 3 대질환수술 납입면제형(소액암제외)에 한함)
8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 암납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정 되고, 그 암으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 또는 피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 진단확정되고, 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 또는 피보험자가 보험기간 중 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환으로 진단확정되고, 그 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (다만, 3 대질환수술 납입면제형(소액암포함)에 한함)
9. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “말기신부전증”, “말기간질환” 또는 “말기폐질환”으로 진단확정 되었을 때(다만, 말기 3 대질환 납입면제형에 한함)

제 2-3 조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 제1항에 따라 보험료의 납입을 면제할 때 계약자가 보험료 납입면제 기일 이내에 보험료 납입을 면제받지 못하고 보험료를 납입한 후 보험료 납입을 면제받은 경우에는, 그 보험료 납입일의 다음 날부터 보험료 납입면제일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1) “보험료를 납입면제할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 주계약에 부가된 갱신형 특약의 경우 제 2-2 조의 2 (보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제사유가 발생하였을 때 차회 이후부터 갱신 전까지의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 새로이 갱신 되는 계약에서는 갱신 전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입하여야 하며, 제 2-2 조의 2 (보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제사유가 발생하더라도 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 암 납입면제형의 경우 제 2-1 조의 3(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 같은 조 제 1항에서 정한 암의 정의에 포함되므로, “중증 갑상선암”으로 진단확정되는 경우 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ④ 3 대질환수술납입면제형(소액암제외) 및 3 대질환수술납입면제형(소액암포함)의 경우 항암방사선 치료 및 항암약물치료는 납입면제 하여 드리지 않습니다.
- ⑤ 3 대질환수술납입면제형(소액암제외)의 경우 제 2-1 조의 3(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 2-1 조의 3(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1항에서 정한 암의 정의에 포함되므로, “중증 갑상선암”으로 진단확정 및 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ⑥ 제 2-2 조의 2 (보험료 납입면제사유)의 제 6호에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제 6 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 1 년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제 2-2 조의 2 (보험료 납입면제사유)의 제 6호에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제 2-2 조의 2 (보험료 납입면제사유)의 제 6 호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑩ 제 2-2 조의 2 (보험료 납입면제사유)의 제 6 호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑪ 제 2-2 조의 2 (보험료 납입면제사유)의 제 6 호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑫ 제 11 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 제 2-2 조의 2 (보험료 납입면제사유)의 제 6 호의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우에는 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑭ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

제 2-4 조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【보험료 납입면제 등의 청구】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과지 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 3(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 회사의 보험료 납입면제 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 “암납입면제보장개시일”이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 회사는 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 사유로 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제 2 항에 따라 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - 1. 납입면제대상계약 중 특약이 해지된 경우
 - 2. 납입면제대상계약의 계약내용 변경으로 인하여 보험료가 변경된 경우
- ④ 제 2 항에도 불구하고 납입면제대상계약 중 특약이 보험금 지급사유로 인하여 효력이 없어진 경우에는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산한 계약자적립액을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 납입면제대상계약 중 특약의 무효, 취소 또는 철회가 발생한 경우 이 특약의 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함) 중 해당 특약에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드립니다.
- ⑥ 제 3 항에서 제 5 항의 사유로 인하여 계약내용의 변경이 있는 경우 계약자는 변경된 납입면제대상계약을 기준으로 산출한 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ⑦ 제 6 항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우, 납입면제대상계약의 보험료에 대한 이 특약의 보험가입금액 부분은 제 2 항에 따라 해지되며, 변경된 납입면제대상계약의 납입기간 및 보험료 등은 더 이상 이 특약의 내용에 반영되지 않습니다.
 - 1. 주계약의 상품형태를 변경하여 보험료 납입주기가 일시납으로 변경되는 경우
 - 2. 주계약의 상품형태를 변경하여 적립형 계약으로 변경되는 경우
 - 3. 연금전환특약에 의해 납입면제대상계약 중 주계약이 전환되는 경우
- ⑧ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ⑨ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형은 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 주계약 또는 납입면제대상계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ② 이 특약의 각 형태별 보험료 납입면제사유 이외의 사유로 납입면제대상계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 그 때부터 효력이 없습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ③ 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ④ 제 2 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
- 2. 암 납입면제형, 3 대질환수술 납입면제형(소액암제외) 및 3 대질환수술 납입면제형(소액암포함)에서 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암납입면제보장개시일의 전일 이전에 제 2-1 조의 3(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암으로 진단확정된 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
(해약환급금 관련 유의사항)
 - 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없습니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 계약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1) “보험료를 납입면제할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험료를 납입면제할 때의 적립이율 계산

구 분		기 간	지 급 이 자
납입 면제된 보험료 (제 2-2 조의 2)	보험료납입면제 기일 이내에	보험료 납입일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	보험료 납입을 면제받지 못하고	보험료 납입일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	보험료를 납입한 후	보험료 납입일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	보험료 납입을 면제받은 경우	보험료 납입일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)		지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내: 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간: 평균공시이율의 40%
		청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험료 납입면제가 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장애분류표

■ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 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 2 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 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 그중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받

은 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.

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 시력장애의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3 회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주 1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주 2)} 상태를 포함한다.

※ 주 1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를

평가한다.

- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우

를 말한다.

- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력 검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30 점 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(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 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 14 개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7 개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5 개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

- 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물 (죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1 개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 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 1 년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레

- 이 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

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)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 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 1/2 을 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
 - 가) 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 성인에 서는 8×10 cm(1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)로 간주 한다.

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 정

- 상만곡을 고려하여 평가한다.
- 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 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 6 개월 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 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 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: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 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 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

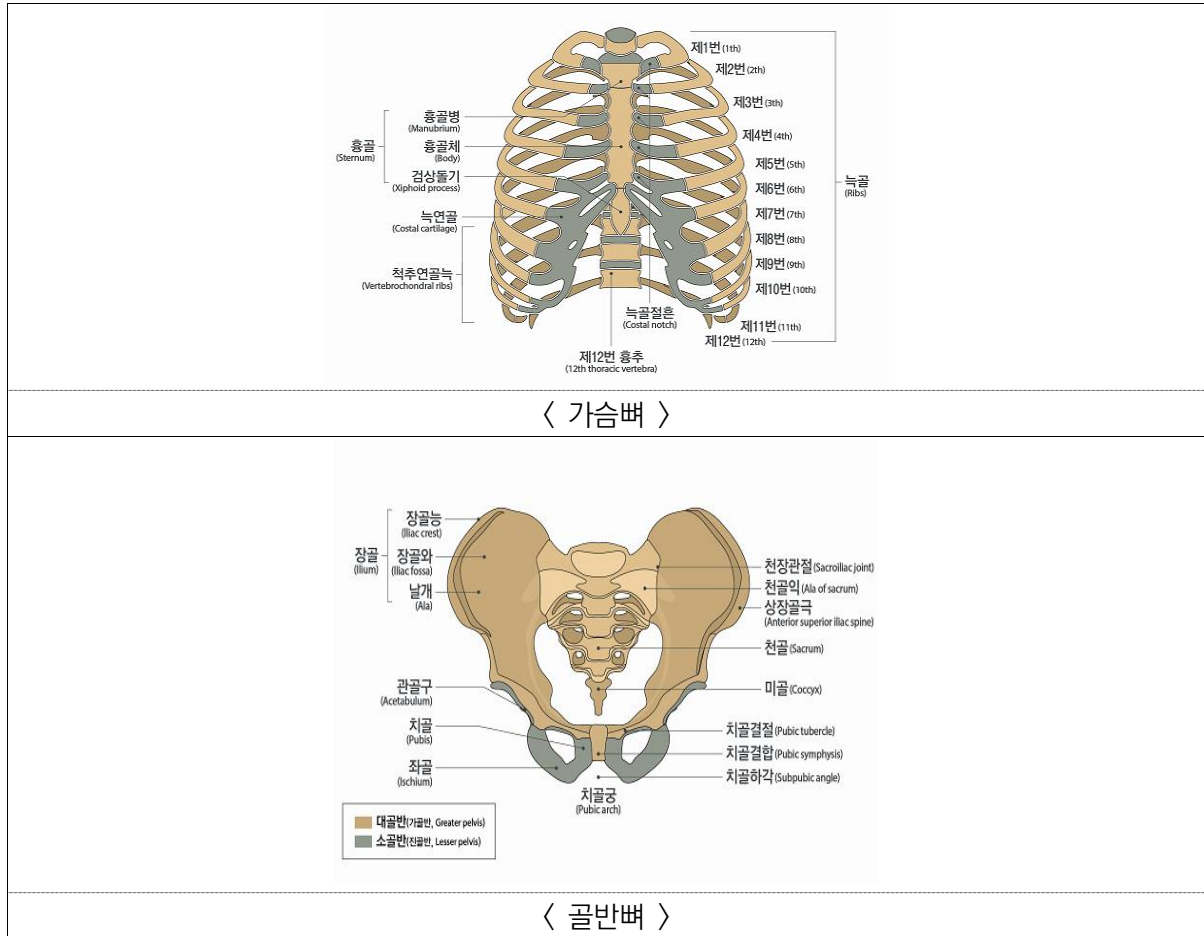
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 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, 제 2 천추 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 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) ‘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^㉞이 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 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) '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 발목이상을 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 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절[※]이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 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 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 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 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단 되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

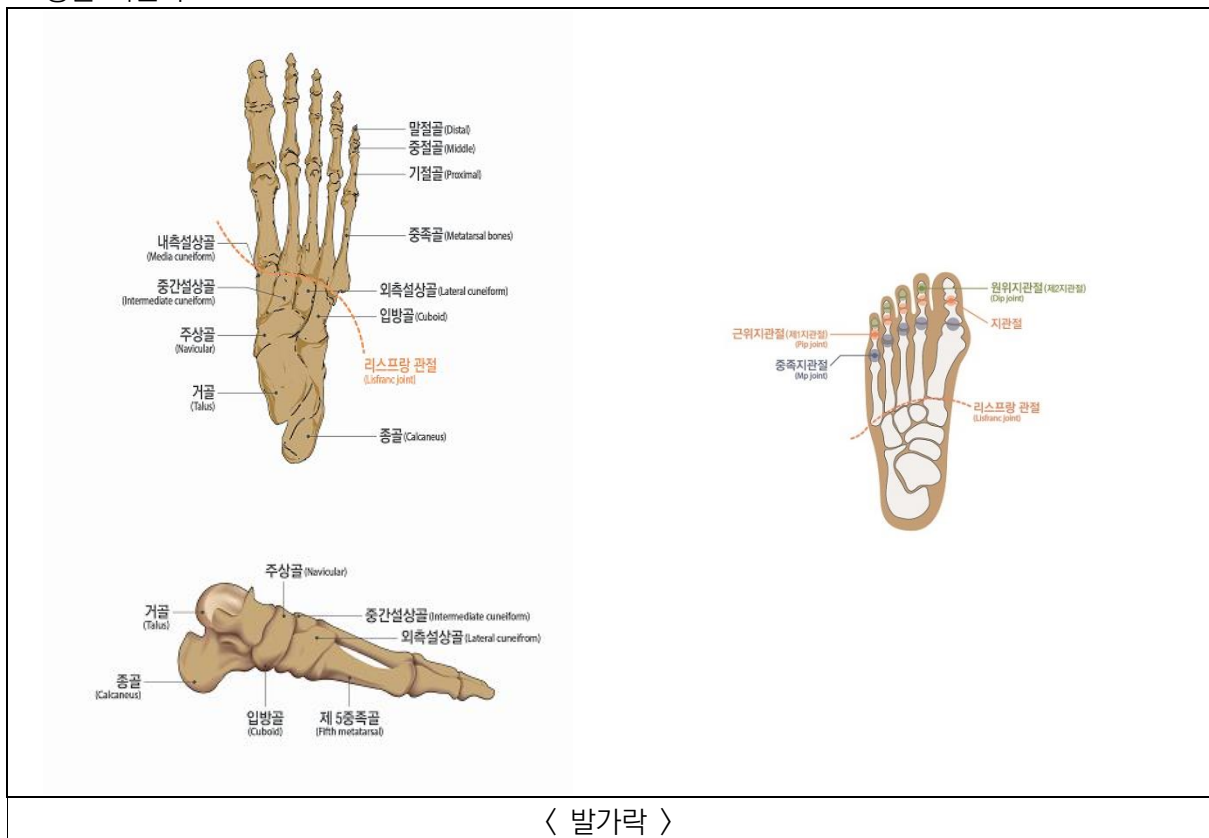
가. 장애의 분류

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) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	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 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 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. 장애판정기준

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

하된 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 5 점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2 점	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 인하여 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 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 12 개월 동안 지속적으로 치

료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.

마) 장애인단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 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 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18 개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6 개월간 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 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 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 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

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

유형	제한 정도에 따른 지급률
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 사무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

(별표 4)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의3(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 5)

뇌출혈 분류표

I. 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 거미막하출혈	160
· 뇌내출혈	161
· 기타 비외상성 두개내출혈	162

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 6)

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 거미막하출혈	160
· 뇌내출혈	161
· 기타 비외상성 두개내출혈	162
· 뇌경색증	163
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	164
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
· 기타 뇌혈관질환	167
· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168
· 뇌혈관질환의 후유증	169

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수

없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 7)

급성심근경색증 분류표

I. 약관에서 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 급성 심근경색증	121
· 후속심근경색증	122
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	123

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 8)

허혈심장질환 분류표

I. 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 9)

수술분류표

I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술명
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25 cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)
	2. 피부이식수술(25 cm ² 미만인 경우)
	3. 유방절단수술(切斷術. Mastectomy)
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節)은 제외함]
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술

구분	수술명
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술
	17. 편도, 아데노이드 절제수술
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관 혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]
	26. 심장내(心臟內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)
29. 비장(脾腸) 절제수술	
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]

구분	수술명
소화기계의 수술	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]
비뇨기계, 생식기계의 수술 (인공임신중절 수술은 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]
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	47. 방광류·요실금 교정수술
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)
	50. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술
	51. 음낭관혈수술
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
55. 질탈(膣脫)근본수술	
내분비계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술
	57. 갑상선(甲狀腺), 부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술
	58. 부신(副腎) 절제수술

구분	수술명
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	60. 신경(神經) 관혈수술
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술
	68. 각막, 공막 이식수술
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	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.]
	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.]
	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.]
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)
76. 안와내양절제수술	
77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	
78. 안근(眼筋)관혈수술	
청각기 (聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]

구분	수술명
청각기 (聽覺器)의 수술	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.]
	83. 내이(內耳) 관혈수술
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	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
	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
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)
88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88 항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87 항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)
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. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

주)

1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하는 수술로 인정합니다.
 - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1 회의 수술로 인정합니다.
 - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 “관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)”로 인정하지 않습니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000 Rad 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]
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

주) 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <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 신경 BLOCK은 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. <수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) <수술분류표>상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <수술분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <수술분류표> 중 '일반질병 및 재해 치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료 목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하

여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사 함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.

- 1) 미용 성형상의 수술
- 2) 피임(避妊) 목적의 수술
- 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
- 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

무배당보험료납입지원특약(소액암진단)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당보험료납입지원특약(소액암진단)

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	2
제 2-1 조의 4 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】.....	2
제 2-1 조의 5 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	4
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	4
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	5
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	5
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외).....	9
(별표 3) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표.....	11

무배당보험료납입지원특약(소액암진단) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의 II】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정
의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 전체납입기간(월): 이 특약의 보험료 납입기간(년수)에 12 배 한 기간(월)을 말합니다.
- 나. 경과기간(월): 이 특약의 체결시점을 0 으로 계산하며, 이후 매월 계약해당일이 도래할 때마
다 1 씩 증가하여 가산한 기간(월)을 말합니다. 계약해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 계
약해당일로 하며, 경과기간(월)의 최고한도는 전체납입기간(월)으로 합니다.
- 다. 잔여납입기간(월): 전체납입기간(월)에서 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생일을
기준으로 경과기간(월)을 차감한 기간을 말합니다.

(보험료납입지원금(소액암진단) 지급예시)

2023년 5월 1일 계약 체결 후, 2028년 8월 3일에 기타피부암 진단확정시
(20년만기 전기납, 이 특약의 체결시점 보험가입금액 5만원 기준)

- 전체납입기간(월) : $12 \times 20 = 240$ (월)
- 경과기간(월) : 63(월) (2028년 8월 계약해당일인 1일이 경과하였으므로 63(월))
- 잔여납입기간(월) : $240 - 63 = 177$ (월)
- 보험료납입지원금(소액암진단) : $5 \text{만원} \times 177 \text{(월)} = 885 \text{만원}$

제 2-1 조의 3 【“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 이 특약에서 보장하는 갑상선암은 제 3 항에서 정한 “중증 갑상선암”을 제외한 갑상선암을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 - 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 - 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ④ “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 그러나 제 4 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

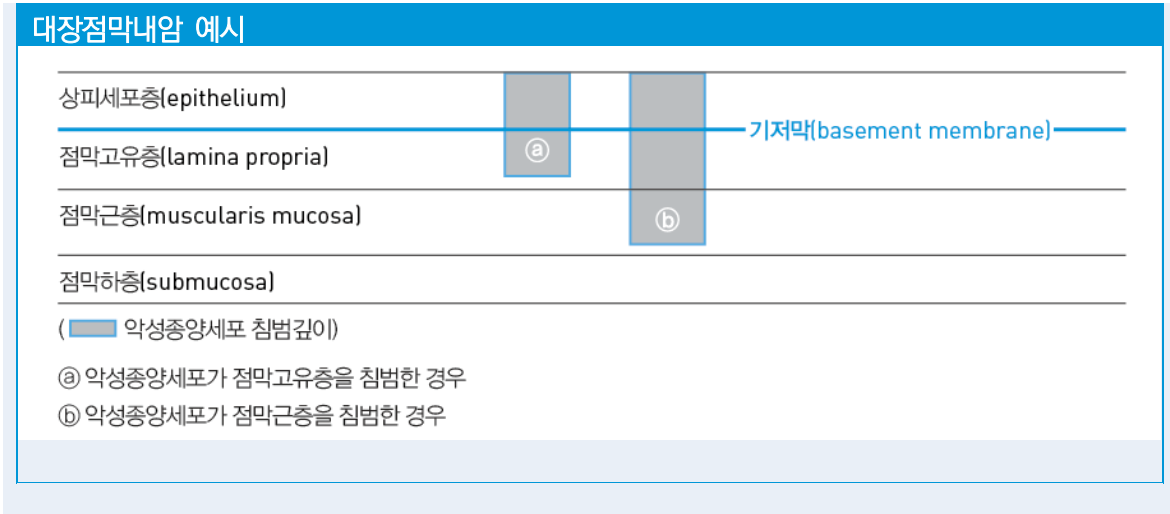
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 4 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물로 분류되는 질병(별표 2 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제자리암에서 제외됩니다.



- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 그러나 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-1 조의 5 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 3 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 그러나 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 경우 최초 1 회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험료납입지원금(소액암진단)(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우, 보험수익자의 요청에 따라 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인하여 계산된 금액을 일시금으로 수령할 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 해당 보험금을 지급합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “기타피부암진단서, 갑상선암진단서, 제자리암진단서, 경계성종양진단서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

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

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
보험료납입 지원금 (소액암진단)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 경우 (최초 1 회한)	매월 보험금 지급사유 발생해당일 에 보험가입금액을 잔여납입기간 (월)동안 확정지급

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험료납입지원금(소액암진단) 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 보험료납입지원금(소액암진단)은 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
3. “매월 보험금 지급사유 발생해당일”은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합니다.
4. 이 특약의 보험기간은 주계약의 납입기간과 동일합니다.
5. 경과기간(월)은 이 특약의 체결시점을 0 으로 계산하며, 이후 매월 계약해당일이 도래할 때마다 1 씩 증가하여 가산한 기간(월)을 말합니다. 계약해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 계약해당일로 하며, 경과기간(월)의 최고한도는 전체납입기간(월)으로 합니다.
6. 잔여납입기간(월)은 전체납입기간(월)에서 보험료납입지원금(소액암진단) 지급사유 발생일을 기준으로 경과기간(월)을 차감한 기간(월)을 말합니다.
7. 약관 제 2-1 조의 3(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 3 항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 진단확정되었을 경우 보험료납입지원금(소액암진단)은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간		지 급 이 자
제 1 회 보험료납입 지원금(소액암 진단) (제 2-2 조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간		보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간		보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간		보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
제 2 회 이후 보험료납입 지원금(소액암 진단) (제 2-2 조)	「제 2 회 이후 보험료 납입지원금(소액암진 단)」 지급사유 발생해 당일의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 다음날부터	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험료 납입면제가 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

Ⅰ. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병	분류 번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당상급종합병원 1 인실입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약 자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 질병 및 재해 분류표에서 정하는 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관

에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- “상급종합병원”은 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서, 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원을 의미합니다.
- 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 만료된 경우에도 계속 중인 입원에 대하여는 제2-2조(보험금의 지급사유), 제2-3조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제2항 제4호의 규정에 따라 해당보험금을 지급하여 드립니다.

■ 목차

무배당상급종합병원 1 인실입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】.....	1
제 2-1 조의 4 【“상급종합병원”의 정의】.....	1
제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	6
제 2-5 조 【사고증명서】.....	6
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	7
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	7
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	7
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	8
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	8
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	8
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	8
제 2-12 조 【해약환급금】.....	8
제 5 관 기타사항.....	9
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	9
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	10
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	11
(별표 2) 질병 및 재해분류표.....	12
(별표 3) 재해분류표.....	14
(별표 4) 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정).....	16

무배당상급종합병원 1 인실입원특약 A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에 있어서 “재해”라 함은 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자가 질병 및 재해 분류표(별표2 “질병 및 재해분류표” 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“상급종합병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(별표4 “의료법 제

3조의4(상급종합병원 지정) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)을 말합니다.

제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제2-1조의4(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- 1. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
- 2. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정이 불가능한 경우

(“상급종합병원” 지정이 불가능한 사례 예시)

상급종합병원 지정기준의 변경으로, 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원으로 지정하는 경우 등

- 3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가

판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

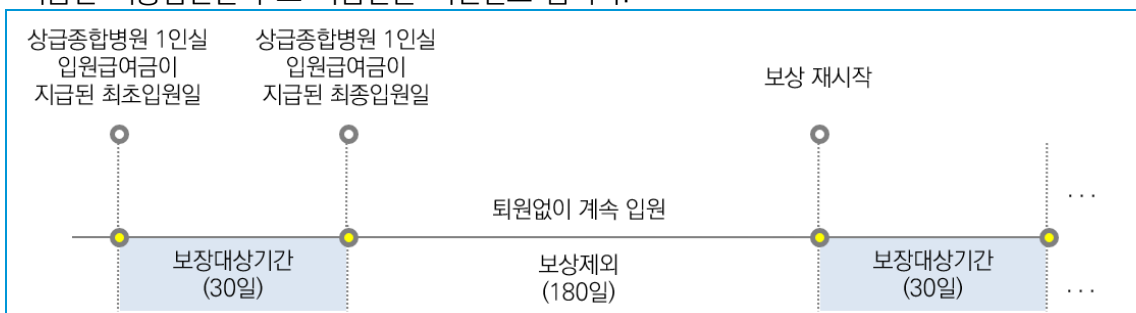
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 1인실에 1일 이상 계속 입원하였을 경우 보험수익자에게 약정한 “상급종합병원 1인실 입원급여금”(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1회 입원당 지급일수 30일 한도로 하며, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50%를 지급함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 1인실 입원급여금에 관한 세부규정은 다음과 같습니다.
 1. 상급종합병원 1인실 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고한도로 합니다.
 2. 제 1 호의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고 제 1 호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 상급종합병원 1인실 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급종합병원 1인실 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 1인실 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3. 피보험자가 2 가지 이상의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 상급종합병원 1 인실에 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 상급종합병원 1 인실 입원급여금을 지급합니다.
4. 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 1 호의 규정에 따라 계속 상급종합병원 1 인실 입원급여금을 지급합니다.
5. 피보험자가 상급종합병원 1 인실에서 다른 상급종합병원 1 인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
6. 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
7. 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 1 인실 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
8. 피보험자가 ‘상급종합병원의 1 인실 이외의 병실 또는 상급종합병원 이외의 병원’에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원의 1 인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 1 인실 입원급여금을 지급합니다.

(사례 예시 - 병실 또는 병원을 이전하여 입원하는 경우)

동일한 질병 또는 재해로 ‘상급종합병원의 1인실 이외의 병실 또는 상급종합병원 이외의 병원’에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우



[보험가입금액 10 만원 기준]

“상급종합병원 1 인실”로 이전하기 전 “상급종합병원의 1 인실 이외의 병실 또는 상급종합병원 이외의 병원” 입원시

☞ 보험금 지급대상 입원일수 : 상급종합병원 1인실 입원 20일

☞ 보험금 : 상급종합병원 1인실 입원급여금 10만원 x 20일 = 200만원

9. 제 2-1 조의 5(법령 개정에 따른 특약내용의 변경) 제 1 항에도 불구하고 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원의 1 인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 1 인실 입원급여금을 지급합니다.

(사례 예시 - 상급종합병원 지정되는 경우)

상급종합병원인 A병원의 1인실에 퇴원없이 계속하여 입원 중 A병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우



10. 피보험자가 상급종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대해서는 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 1인실 입원급여금을 지급합니다.

(사례 예시 - 상급종합병원 지정 취소되는 경우)

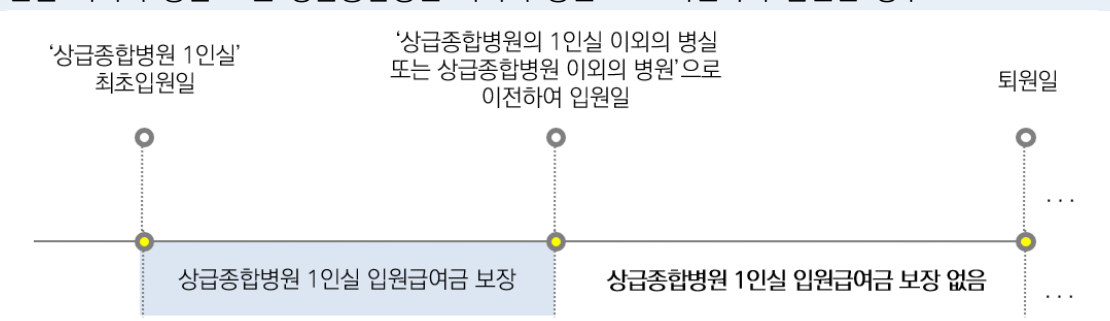
상급종합병원인 A병원의 1인실에 퇴원없이 계속하여 입원 중 A병원이 상급종합병원에서 지정 취소되는 경우



11. 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원의 1인실 이외의 병실 또는 상급종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 1인실 입원급여금을 지급합니다.

(사례 예시 - 병실 또는 병원을 이전하여 입원하는 경우)

동일한 질병 또는 재해로 상급종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원 1인실 이외의 병실 또는 상급종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우

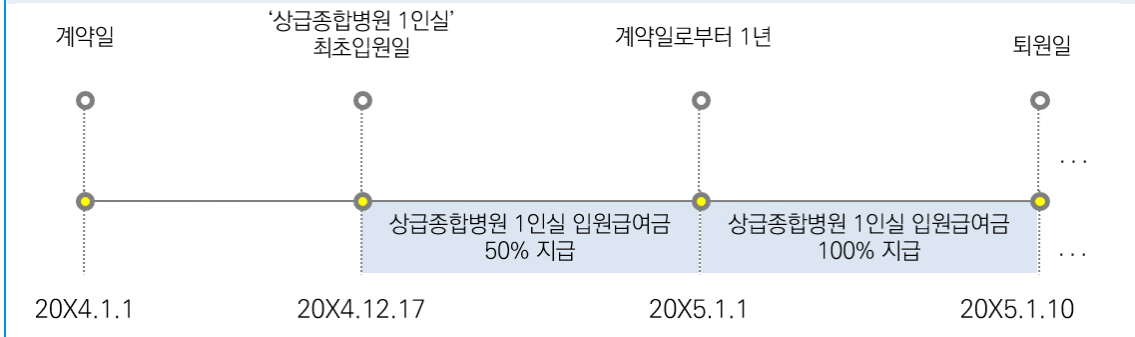


12. 재해 이외의 원인의 치료를 직접적인 목적으로 인한 상급종합병원 1인실 입원급여금의 최초 입원일이 계약일로부터 1년 미만에 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 상급종합병원 1인실 입원급여금은 50%를 지급

하며, 1년 이후 기간의 상급종합병원 1인실 입원급여금은 100%를 지급합니다.

(사례 예시 - 보험금 지급사유 발생일이 1년 미만에 발생하는 경우)

재해 이외의 원인의 치료를 직접적인 목적으로 인한 상급종합병원 1인실 입원급여금의 최초 입원일이 계약일로부터 1년 미만에 발생하여 계약일로부터 1년 이후까지 계속 입원한 경우



13. 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “입원확인서(1인실 입원기간 기입) 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

		[기준: 특약 보험가입금액]
급부명	지급사유	지급금액
상급종합병원 1인실 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 1인실에 1일 이상 계속 입원하였을 경우	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 30일 한도) (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)

주)

1. 이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 재해 이외의 원인의 치료를 직접적인 목적으로 인한 상급종합병원 1인실 입원급여금의 최초 입원일이 계약일로부터 1년 미만에 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 상급종합병원 1인실 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 상급종합병원 1인실 입원급여금은 100%를 지급합니다.
4. 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
상급종합병원 1인실 입원급여금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 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.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

질병 및 재해분류표

1. 질병 및 재해의 정의

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2 조 제2 호에 규정한 제1 급감염병

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 질병 및 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 봅니다.

- 2. 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 또는 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 볼 수 있어 질병 진단확정 또는 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 질병 및 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

의료법 제3 조의4(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 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제 77 조 제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

무배당상급종합병원뇌혈관질환입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원자금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- “상급종합병원”은 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서,

의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원을 의미합니다.

■ 목차

무배당상급종합병원뇌혈관질환입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】..... 1

 제 2-1 조의 4 【“상급종합병원”의 정의】..... 2

 제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... 2

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3

 제 2-2 조의 2 【보험료 납입면제 사유】..... 3

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 5

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 5

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 6

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 6

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 6

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 6

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 7

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 7

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 7

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 7

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 7

제 5 관 기타사항..... 8

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 8

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 9

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 10

 (별표 2) 뇌혈관질환 분류표..... 11

 (별표 3) 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)..... 13

무배당상급종합병원뇌혈관질환입원특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환분류표(별표2 “뇌혈관질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제8차 개정 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 국외 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 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF)를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자가 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의4 【“상급종합병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(별표3 “의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)” 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)을 말합니다.

제2-1조의5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의4(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정이 불가능한 경우

(“상급종합병원” 지정이 불가능한 사례 예시)

상급종합병원 지정기준의 변경으로, 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원으로 지정하는 경우 등

3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

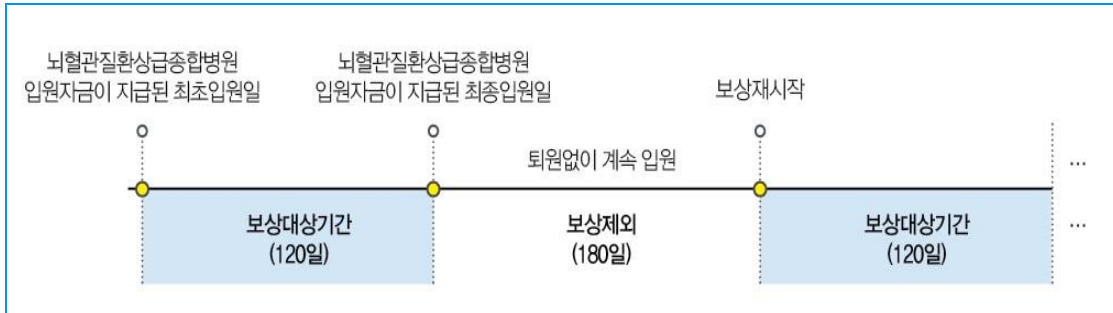
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 상급종합병원에 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 상급종합병원뇌혈관질환입원자금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.(다만, 1회 입원당 지급일수 120일 한도)

제2-2조의2 【보험료 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원뇌혈관질환입원자금에 관한 세부규정은 다음과 같습니다.
 - 1. 상급종합병원허혈심장입원자금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
 - 2. 제 1 호의 경우 피보험자가 동일한 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고 제 1 호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 뇌혈관질환에 의한 입원이라도 상급종합병원뇌혈관질환입원자금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급종합병원 뇌혈관질환입원자금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 뇌혈관질환입원자금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3. 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 1 호의 규정에 따라 계속 상급종합병원 뇌혈관질환입원자금을 지급합니다.
4. 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
5. 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
6. 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 뇌혈관질환입원자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
7. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 뇌혈관질환입원자금을 지급합니다.

(사례 예시 - 병원을 이전하여 입원하는 경우)

동일한 뇌혈관질환으로 계속 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우



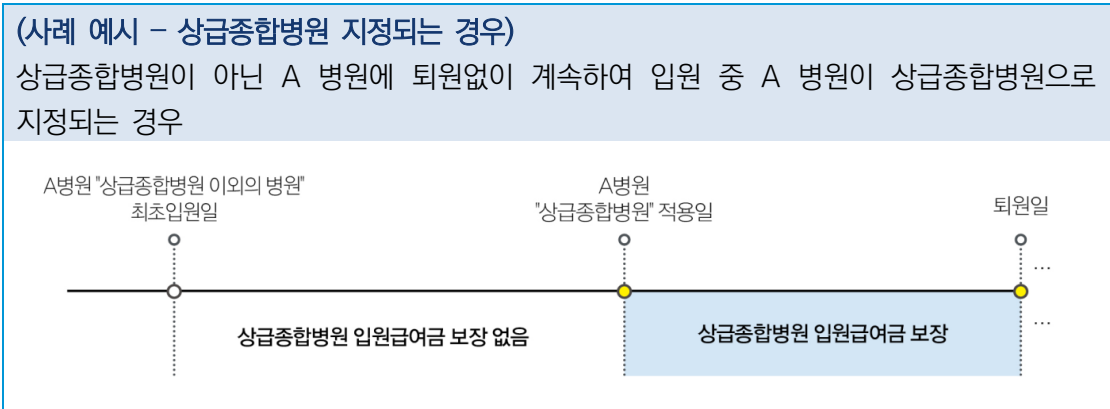
[보험가입금액 5만원 기준]

Case) “상급종합병원” 이전하기 전 “상급종합병원 이외의 병원” 입원시

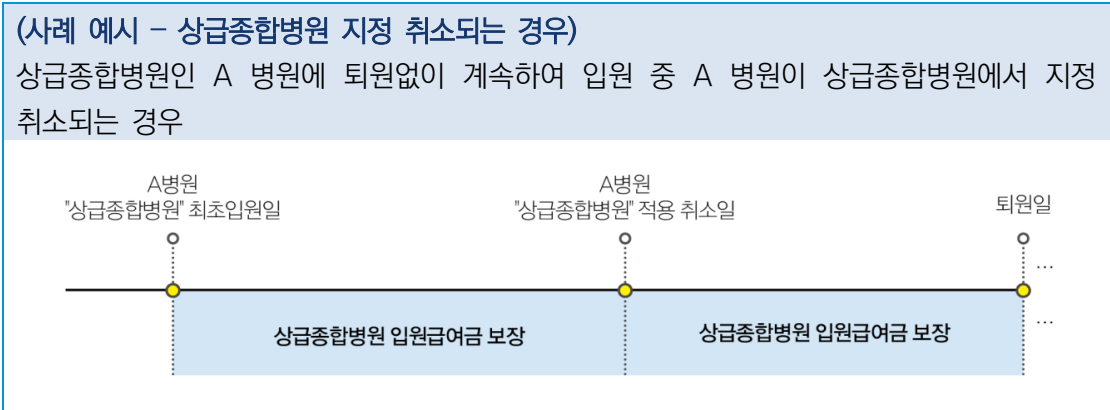
☞ 보험금 지급대상 입원일수 : 상급종합병원 입원 20일, 상급종합병원 이외의 병원 입원 35일

☞ 보험금 : 상급종합병원뇌혈관질환입원자금 5만원 × 20일 = 100만원

8. 제2-1조의4(법령 개정에 따른 특약내용의 변경) 제1항에도 불구하고 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1호, 제2호 및 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 뇌혈관질환입원자금을 지급합니다.



9. 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대해서는 제1호, 제2호 및 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 뇌혈관질환입원자금을 지급합니다.



제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 진료확인서 또는 입원확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의

의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제2-9조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
상급종합병원 뇌혈관질환 입원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 상급종합병원에 입원하였을 때	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

주)

1. 이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
상급종합병원뇌혈관질환입원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부 터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 거미막하출혈	160
· 뇌내출혈	161
· 기타 비외상성 두개내출혈	162
· 뇌경색증	163
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	164
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
· 기타 뇌혈관질환	167
· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168
· 뇌혈관질환의 후유증	169

주)

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수

없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

의료법 제 3 조의 4(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 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제 77 조 제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

무배당상급종합병원뇌혈관질환통원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- “상급종합병원”은 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서, 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원을 의미합니다.

■ 목차

무배당상급종합병원뇌혈관질환통원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“통원”의 정의와 장소】..... 1

 제 2-1 조의 4 【“상급종합병원”의 정의】..... 2

 제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... 2

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 3

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 4

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 5

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 6

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 6

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 6

제 5 관 기타사항..... 7

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 7

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 8

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 9

 (별표 2) 뇌혈관질환 분류표..... 10

 (별표 3) 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)..... 12

무배당상급종합병원뇌혈관질환통원특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환분류표(별표2 “뇌혈관질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제8차 개정 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 국외 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 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF)를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 【“통원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의4 【“상급종합병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(별표3 “의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)” 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)을 말합니다.

제2-1조의5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제2-1조의4(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정이 불가능한 경우

(“상급종합병원” 지정이 불가능한 사례 예시)

상급종합병원 지정기준의 변경으로, 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원으로 지정하는 경우 등

- 3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환상급종합병원통원자금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.(통원 1회당, 1일 1회한, 연간 30회한)

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환상급종합병원통원자금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환상급종합병원통원자금을 지급합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 통원확인서 또는 진료확인서, 진료비세부내역서, 처방전 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
 이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정
 ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지 시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 상급종합병원 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 (1일 1회한, 연간 30회한)	특약 보험가입금액 (통원 1회당)

주)

1. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
2. 이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
뇌혈관질환상급종합병원통원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 거미막하출혈	160
· 뇌내출혈	161
· 기타 비외상성 두개내출혈	162
· 뇌경색증	163
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	164
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
· 기타 뇌혈관질환	167
· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168
· 뇌혈관질환의 후유증	169

주)

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수

없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

의료법 제 3 조의 4(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 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제 77 조 제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

무배당상급종합병원암(소액암제외)통원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 및 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

- “상급종합병원”은 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서, 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원을 의미합니다.

■ 목차

무배당상급종합병원암(소액암제외)통원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“통원”의 정의와 장소 및 “암의 직접적인 치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 4 【“상급종합병원”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	4
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	5
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	5
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	5
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	5
제 2-5 조 【사고증명서】.....	5
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	6
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	6
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	7
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	7
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	7
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	8
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	8
제 2-12 조 【해약환급금】.....	8
제 5 관 기타사항.....	8
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	9
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	10
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	11
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	12
(별표 3) 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정).....	14

무배당상급종합병원암(소액암제외)통원특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생
물(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따
라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인
되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차
성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지
않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

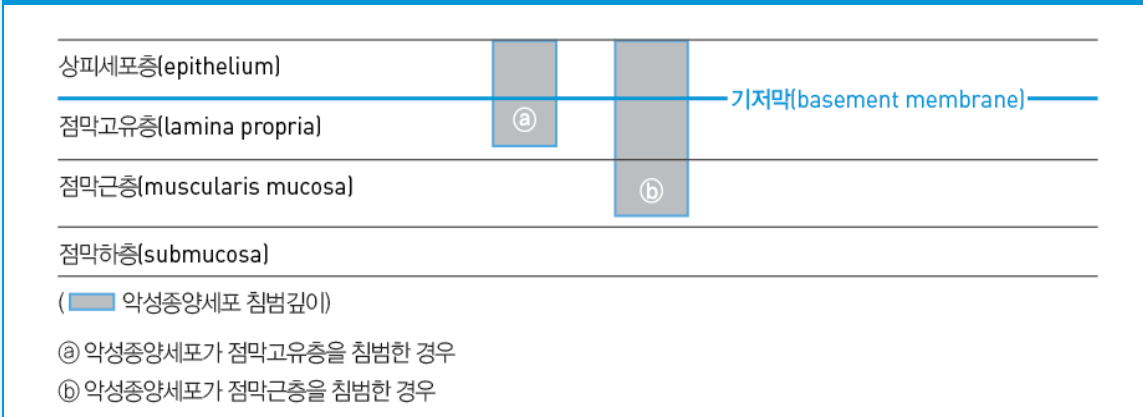
- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생
물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의3 【“통원”의 정의와 장소 및 “암의 직접적인 치료”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 “암의 직접적인 치료”라 함은 “암”을 제거하거나 “암”의 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)를 말합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, “암”을 제거하거나 “암”의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

④ 제1항의 “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않는 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 ‘면역력 강화 치료’
3. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 “암”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료’
4. 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명치료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제2-1조의4 【“상급종합병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(별표3 “의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)” 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)을 말합니다.

제2-1조의5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의4(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필

요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정이 불가능한 경우

(“상급종합병원” 지정이 불가능한 사례 예시)

상급종합병원 지정기준의 변경으로, 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원으로 지정하는 경우 등

3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 암직접치료상급종합병원통원자금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원통원자금을 지급합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원통원자금을 지급합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 암진단서, 조직검사결과서, 통원확인서 또는 진료확인서, 진료비세부내역서, 처방전 등”을 말합니다

다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 “계약일 및 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것

로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 "계약일 및 부활(효력회복)일"부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암직접치료 상급종합병원 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때	특약 보험가입금액 (통원1회당)

주)

1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되었을 경우 암직접치료상급병원통원자금은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 암직접치료상급병원통원자금이 지급됩니다.
4. “상급종합병원”은 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
암직접치료 상급종합병원 통원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

의료법 제3 조의4(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 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제 77 조 제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

무배당상급종합병원암통원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 및 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

- “상급종합병원”은 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서, 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원을 의미합니다.

■ 목차

무배당상급종합병원암통원특약 A1

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 5 【“통원”의 정의와 장소 및 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료”의 정의】... 3	3
제 2-1 조의 6 【“상급종합병원”의 정의】.....	4
제 2-1 조의 7 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	5
제 2 관 보험금의 지급 등.....	6
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	6
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	6
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	6
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	6
제 2-5 조 【사고증명서】.....	7
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	7
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	7
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	7
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	8
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	8
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	8
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	9
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	9
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	9
제 2-12 조 【해약환급금】.....	9
제 5 관 기타사항.....	10
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	10
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	11
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	12
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	13
(별표 3) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외).....	15
(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표.....	17
(별표 5) 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정).....	19

무배당상급종합병원암통원특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생
물(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따
라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인
되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차
성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지
않습니다.

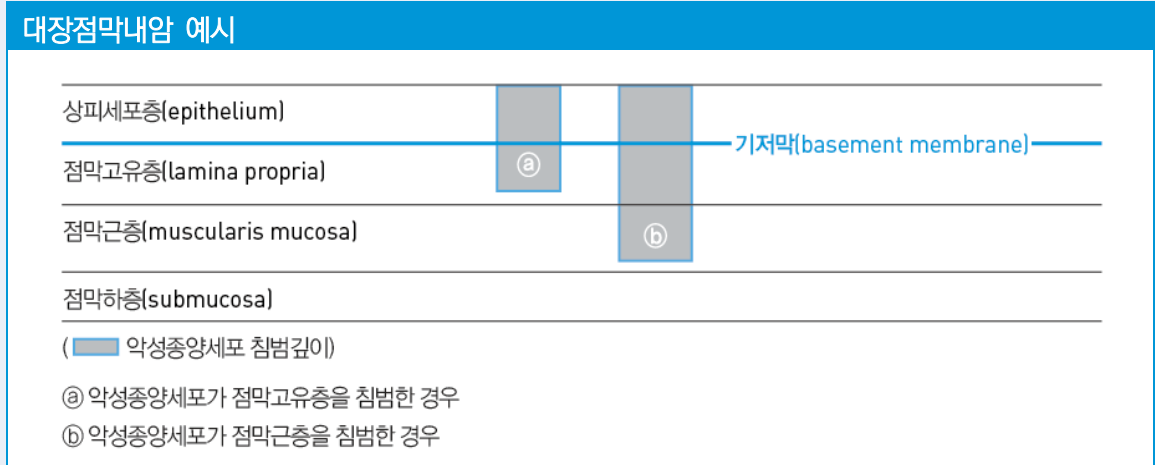
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생
물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(별표3 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제2항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표4 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제2항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의5 【“통원”의 정의와 장소 및 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의

관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”라 함은 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”을 제거하거나 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 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)를 말합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”에는 항암방사선 치료, 항암화학치료, “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”을 제거하거나 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합 치료 등이 포함됩니다.

④ 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않는 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 ‘면역력 강화 치료’
3. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양’이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료’
4. 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명치료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제2-1조의6 【“상급종합병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(별표5 “의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)” 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)을 말합니다.

제2-1조의7 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의6(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

- 1. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
- 2. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정이 불가능한 경우

(“상급종합병원” 지정이 불가능한 사례 예시)

상급종합병원 지정기준의 변경으로, 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원으로 지정하는 경우 등

3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 보험수익자에게 약정한 해당 암직접치료상급종합병원통원자금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원통원자금을 지급합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원통원자금을 지급합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 통원확인서 또는 진료확인서, 진료비세부내역서, 처방전 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 “계약일 및 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)

를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 "계약일 또는 부활(효력회복)일"부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암직접치료 상급종합병원 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때	암 : 특약 보험가입금액 기타피부암 : 특약 보험가입금액 갑상선암 : 특약 보험가입금액 제자리암 : 특약 보험가입금액 경계성종양 : 특약 보험가입금액 (통원1회당)

주)

1. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “기타피부암” 및 “갑상선암”에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 보험금은 지급하고 “갑상선암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
3. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
암직접치료 상급종합병원 통원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

Ⅰ. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 5)

의료법 제3 조의4(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 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제 77 조 제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

무배당상급종합병원입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 질병 및 재해 분류표에서 정하는 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관

에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- “상급종합병원”은 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서, 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원을 의미합니다.
- 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 만료된 경우에도 계속 중인 입원에 대하여는 제2-2조(보험금의 지급사유), 제2-3조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제2항 제3호의 규정에 따라 해당보험금을 지급하여 드립니다.

■ 목차

무배당상급종합병원입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“입원”의 정의와 장소】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“상급종합병원”의 정의】..... 1

 제 2-1 조의 4 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... 2

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 3

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 5

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 5

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 5

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 5

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 6

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 6

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 6

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 7

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 7

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 7

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 7

제 5 관 기타사항..... 8

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 8

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 9

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 10

 (별표 2) 질병 및 재해분류표..... 11

 (별표 3) 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)..... 13

무배당상급종합병원입원특약 A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자가 질병 및 재해 분류표(별표2 “질병 및 재해분류표” 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-1 조의 3 【“상급종합병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(별표3 “의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)” 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제2-1조의3(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- 1. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
- 2. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정이 불가능한 경우

(“상급종합병원” 지정이 불가능한 사례 예시)

상급종합병원 지정기준의 변경으로, 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원으로 지정하는 경우 등

- 3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

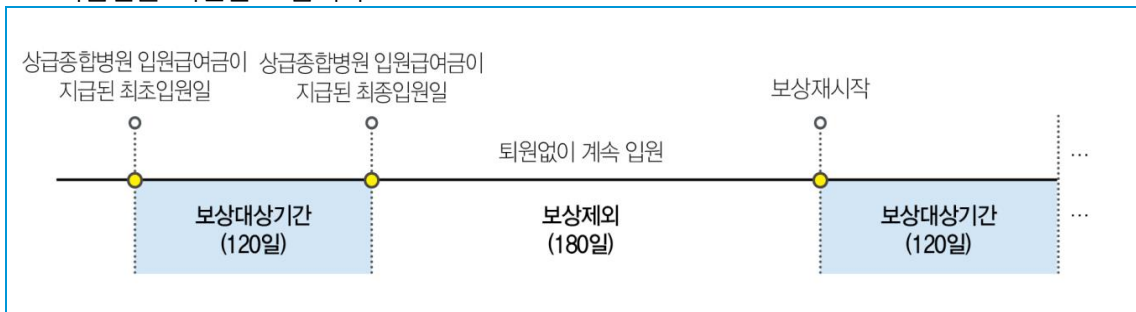
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1 일 이상 상급종합병원에 계속 입원하였을 경우 보험수익자에게 약정한 상급종합병원 입원급여금 (별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1회 입원당 지급일수 120일 한도).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 입원급여금에 관한 세부규정은 다음과 같습니다.
 1. 상급종합병원 입원급여금의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 합니다.
 2. 제 1 호의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2 회 이상 한 경우에는 1 회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고 제 1 호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 상급종합병원 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급종합병원 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3. 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 1 호의 규정에 따라 계속 상급종합병원 입원급여금을 지급합니다.
4. 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
5. 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

- 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
- 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금을 지급합니다.

(사례 예시 - 병원을 이전하여 입원하는 경우)

동일한 질병 또는 재해로 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우



[보험가입금액 1만원 기준]

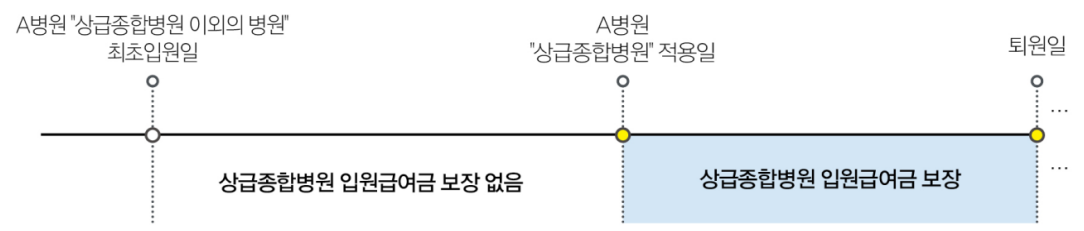
“상급종합병원” 이전하기 전 “상급종합병원 이외의 병원” 입원시

- ☞ 보험금 지급대상 입원일수 : 상급종합병원 입원 20일
- ☞ 보험금 : 상급종합병원 입원급여금 1만원 x 20일 = 20만원

- 제 2-1 조의 4(법령 개정에 따른 특약내용의 변경) 제 1 항에도 불구하고 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금을 지급합니다.

(사례 예시 - 상급종합병원 지정되는 경우)

상급종합병원이 아닌 A병원에 퇴원없이 계속하여 입원 중 A병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우



- 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대해서는 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금을 지급합니다.

(사례 예시 - 상급종합병원 지정 취소되는 경우)

상급종합병원인 A병원에 퇴원없이 계속하여 입원 중 A병원이 상급종합병원에서 지정 취소되는 경우



③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “입원확인서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는

청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

		[기준: 특약 보험가입금액]
급부명	지급사유	지급금액
상급종합병원 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1 일 이상 상급종합병원에 계속 입원하였을 때	1 일당 특약 보험가입금액 (1 회 입원당 지급일수 120 일 한도)

주)

1. 이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
상급종합병원입원급여금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 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.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

질병 및 재해분류표

1. 질병 및 재해의 정의

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 질병 및 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 봅니다.

- 2. 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 또는 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 볼 수 있어 질병 진단확정 또는 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

- 위 [1. 질병 및 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

(별표 3)

의료법 제 3 조의 4(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 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제 77 조 제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

무배당상급종합병원허혈심장질환입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원자금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- “상급종합병원”은 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서,

의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원을 의미합니다.

■ 목차

무배당상급종합병원허혈심장질환입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】.....	1
제 2-1 조의 4 【“상급종합병원”의 정의】.....	2
제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	5
제 2-5 조 【사고증명서】.....	5
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	6
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	6
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	7
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	7
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	7
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	7
제 2-12 조 【해약환급금】.....	7
제 5 관 기타사항.....	8
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	8
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	9
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	10
(별표 2) 허혈심장질환 분류표.....	11
(별표 3) 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정).....	12

무배당상급종합병원허혈심장질환입원특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 허혈심장질환 분류표(별표 2 “허혈심장질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자가 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는

국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의4 【“상급종합병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(별표3 “의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)” 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)을 말합니다.

제2-1조의5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1 조의4(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정이 불가능한 경우

【“상급종합병원” 지정이 불가능한 사례 예시】

상급종합병원 지정기준의 변경으로, 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문 병원으로 지정하는 경우 등

3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

【보험요율】

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

③ 회사는 제 2 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

【계약자적립액】

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

- ⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

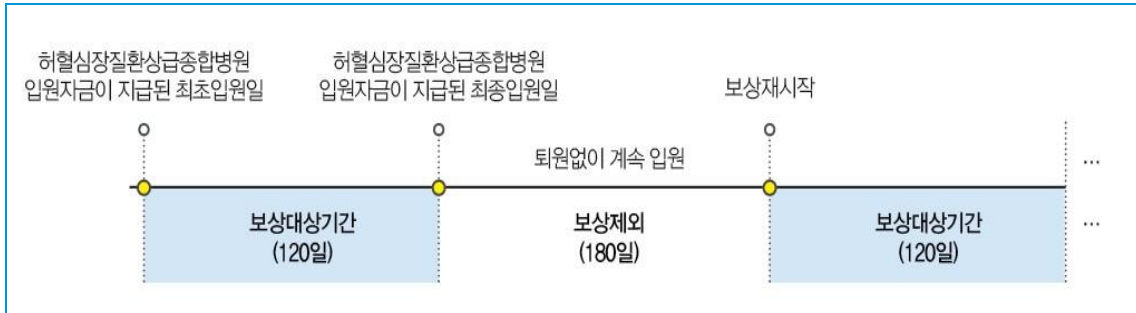
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 상급종합병원에 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환상급종합병원입원자금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1회 입원당 지급일수 120일 한도).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원허혈심장질환입원자금에 관한 세부규정은 다음과 같습니다.
 - 1. 상급종합병원허혈심장질환입원자금의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 합니다.
 - 2. 제1 호의 경우 피보험자가 동일한 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2 회 이상 한 경우에는 1 회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고 제 1 호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 허혈심장질환에 의한 입원이라도 상급종합병원허혈심장질환입원자금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급종합병원 허혈심장질환입원자금이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 허혈심장질환입원자금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3. 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 1 호의 규정에 따라 계속 상급종합병원 허혈심장질환입원자금을 지급합니다.
4. 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
5. 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
6. 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 허혈심장질환입원자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
7. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 허혈심장질환입원자금을 지급합니다.

(사례 예시 - 병원을 이전하여 입원하는 경우)

동일한 허혈심장질환으로 계속 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우



[보험가입금액 5만원 기준]

Case) “상급종합병원” 이전하기 전 “상급종합병원 이외의 병원” 입원시

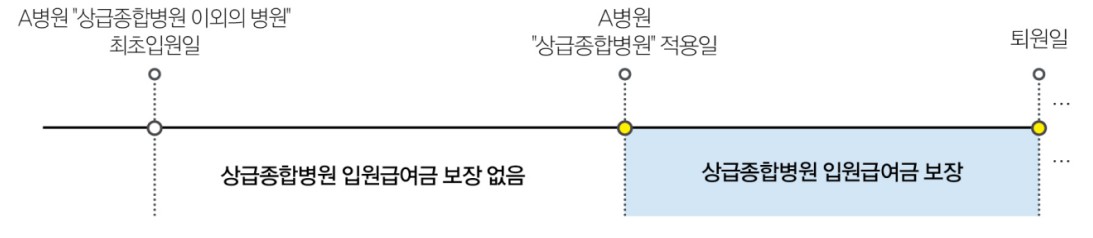
☞ 보험금 지급대상 입원일수 : 상급종합병원 입원 20일, 상급종합병원 이외의 병원 입원 35일

☞ 보험금 : 상급종합병원허혈심장질환입원자금 5만원 x 20일= 100만원

8. 제 2-1 조의 4(법령 개정에 따른 특약내용의 변경) 제 1 항에도 불구하고 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 허혈심장질환입원자금을 지급합니다.

(사례 예시 - 상급종합병원 지정되는 경우)

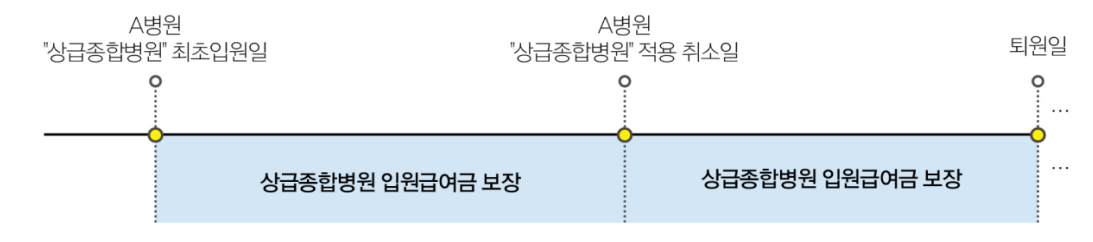
상급종합병원이 아닌 A병원에 퇴원없이 계속하여 입원 중 A병원이 상급종합병원으로 지정 되는 경우



9. 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대해서는 제1호, 제2호 및 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 허혈심장질환입원자금을 지급합니다.

(사례 예시 - 상급종합병원 지정 취소되는 경우)

상급종합병원인 A병원에 퇴원없이 계속하여 입원 중 A병원이 상급종합병원에서 지정 취소 되는 경우



제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 진료확인서 또는 입원확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의

의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니

다.

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
상급종합병원 허혈심장질환 입원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 상급종합병원에 입원하였을 때	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

주)

1. 이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
상급종합병원허혈심장질환입원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날 부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지 의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

허혈심장질환 분류표

I. 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

의료법 제3 조의4(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 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제 77 조 제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

무배당상급종합병원허혈심장질환통원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- “상급종합병원”은 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서, 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원을 의미합니다.

■ 목차

무배당상급종합병원허혈심장질환통원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“통원”의 정의와 장소】..... 1

 제 2-1 조의 4 【“상급종합병원”의 정의】..... 2

 제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... 2

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 3

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 5

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 6

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 6

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 6

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 7

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 8

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 9

 (별표 2) 허혈심장질환 분류표..... 10

 (별표 3) 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)..... 11

무배당상급종합병원허혈심장질환통원특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 허혈심장질환 분류표(별표2 “허혈심장질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 【“통원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의

료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의4 【“상급종합병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(별표3 “의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)” 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)을 말합니다.

제2-1조의5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의4(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정이 불가능한 경우

（“상급종합병원” 지정이 불가능한 사례 예시）

상급종합병원 지정기준의 변경으로, 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문 병원으로 지정하는 경우 등

3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

（보험요율）

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

（보험료 및 해약환급금 산출방법서）

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

（계약자적립액）

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

- ⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 보험수익자에게 약정한 상급종합병원허혈심장질환통원자금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(통원1회당, 1일1회한, 연간 30회한).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란 계약일부부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일부부터 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 허혈심장질환통원자금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원허혈심장질환통원자금을 지급합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 통원확인서 또는 진료확인서, 진료비세부내역서, 처방전 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금

이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
 이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
상급종합병원 허혈심장질환 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을때 (1일1회한, 연간 30회한)	특약 보험가입금액 (통원 1회당)

주)

1. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
2. 이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
허혈심장질환상급종합병원 통원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

허혈심장질환 분류표

I. 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

의료법 제3 조의4(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 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제 77 조 제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

무배당소액암진단비특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약 자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당소액암진단비특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】.....	2
제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외).....	10
(별표 3) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표.....	12

무배당소액암진단비특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 이 특약에서 보장하는 갑상선암은 제 3 항에서 정한 “중증 갑상선암”을 제외한 갑상선암을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ④ “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 그러나 제 4 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑

상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

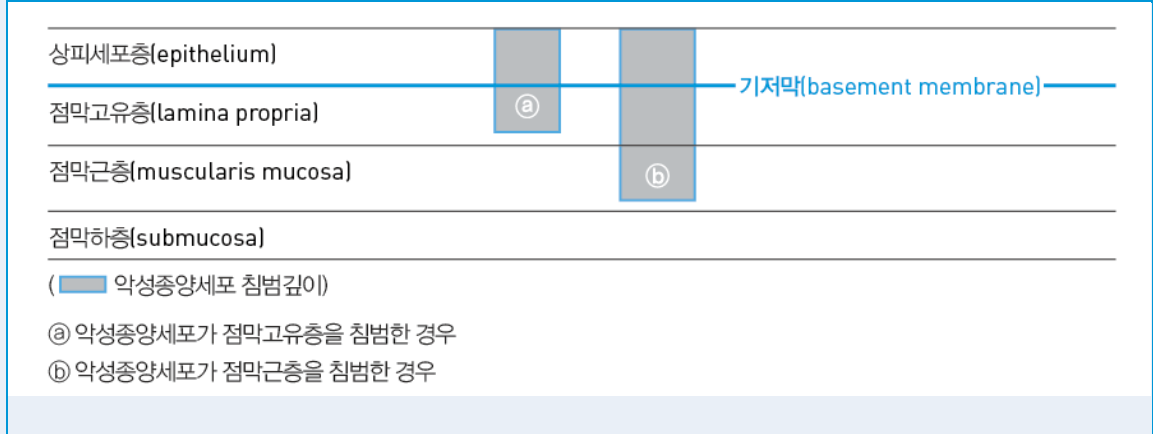
제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물로 분류되는 질병(별표 2 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제자리암에서 제외됩니다.

대장점막내암 예시



② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 그러나 제2항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 3 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져

야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 그러나 제2항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정 되었을 때: 기타피부암진단비(다만, 최초 1 회에 한하며, 계약일로부터 1 년 미만 진단확정 시 50%를 지급함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정 되었을 때: 갑상선암진단비(다만, 최초 1 회에 한하며, 계약일로부터 1 년 미만 진단확정 시 50%를 지급함)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정 되었을 때: 제자리암진단비(다만, 최초 1 회에 한하며, 계약일로부터 1 년 미만 진단확정 시 50%를 지급함)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정 되었을 때: 경계성종양진단비(다만, 최초 1 회에 한하며, 계약일로부터 1 년 미만 진단확정 시 50%를 지급함)

제2-2 조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2 조(보험금의 지급사유)의 해당 보험금을 지급합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족

관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
 이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
기타피부암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확 정시 50%지급)
갑상선암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확 정시 50%지급)
제자리암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확 정시 50%지급)
경계성종양 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확 정시 50%지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1 조의2(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제3 항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 경우 “갑상선암”에 해당하는 진단비는 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
기타피부암진단비, 갑상선암진단비, 제자리암진단비, 경계성종양진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내: 평균공시이율의 50% 1 년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

Ⅰ. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당소액암진단비특약 A1(삭감없음)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약 자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당소액암진단비특약 A1(삭감없음) 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】..... 2

 제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】..... 2

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 3

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 5

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 6

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 6

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 6

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 7

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 8

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 9

 (별표 2) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)..... 10

 (별표 3) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표..... 12

무배당소액암진단비특약 A1(삭감없음) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 이 특약에서 보장하는 갑상선암은 제 3 항에서 정한 “중증 갑상선암”을 제외한 갑상선암을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ④ “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 그러나 제 4 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑

상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

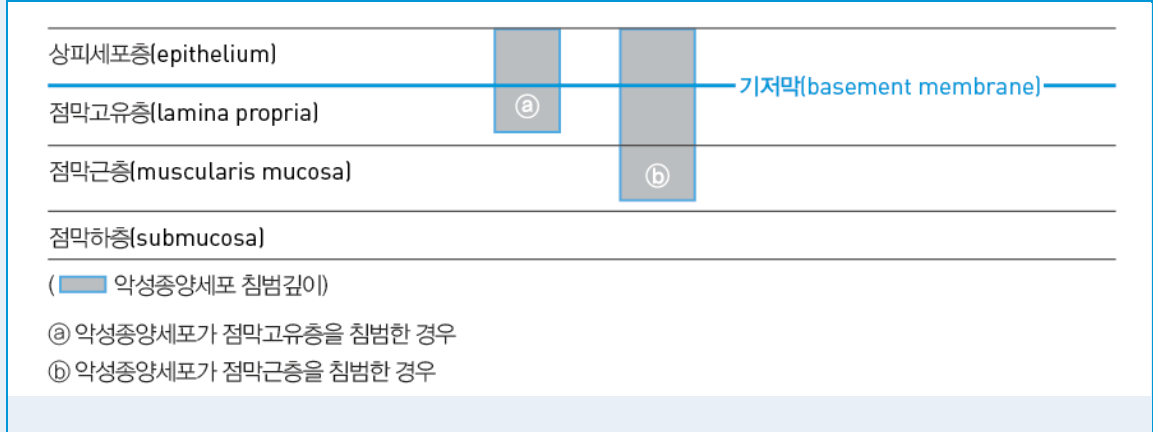
제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물로 분류되는 질병(별표 2 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제자리암에서 제외됩니다.

대장점막내암 예시



② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 3 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져

야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 그러나 제2항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정 되었을 때: 기타피부암진단비(다만, 최초 1 회에 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정 되었을 때: 갑상선암진단비(다만, 최초 1 회에 한함)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정 되었을 때: 제자리암진단비(다만, 최초 1 회에 한함)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정 되었을 때: 경계성종양진단비(다만, 최초 1 회에 한함)

제2-2 조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2 조(보험금의 지급사유)의 해당 보험금을 지급합니다.

제2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가

발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아

주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
기타피부암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	특약 보험가입금액
갑상선암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	특약 보험가입금액
제자리암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	특약 보험가입금액
경계성종양 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1 조의2(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 경우 “갑상선암”에 해당하는 진단비는 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
기타피부암진단비, 갑상선암진단비, 제자리암진단비, 경계성종양진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내: 평균공시이율의 50% 1 년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

Ⅰ. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당심산정특례대상보장특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

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

■ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

■ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당심산정특례대상보장특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“중증질환자(심장질환) 산정특례대상”의 정의】.....	1
제 2-1 조의 3 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	5
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 중증질환자(심장질환) 산정특례 대상질환 분류표.....	9
(별표 3) 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표.....	11
(별표 4) 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술.....	12
(별표 5) 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분.....	15

무배당심산정특례대상보장특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“중증질환자(심장질환) 산정특례대상”의 정의】

이 특약에 있어서 “중증질환자(심장질환) 산정특례 대상”이라 함은 중증질환자(심장질환) 산정특례 대상질환 분류표(별표3 “중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표” 참조)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

(본인일부부담금 산정특례 제도)

국민건강보험법 제 44 조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제 19 조(비용의 본인부담) 제 1 항 별표 2 및 의료급여법 제 10 조(급여비용의 본인부담), 동법 시행령 제 13 조 (급여비용의 본인부담) 제 1 항 별표 1 에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

(중증질환자(심장질환) 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간)

“중증질환자(심장질환) 산정특례대상”에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자(심장질환)의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30 일간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30 일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제2-1조의3 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음의 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 “중증질환자 심장질환 산정특례 대상” 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

- ⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 산정특례 적용 시점의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 중증질환자(심장질환) 산정특례가 적용이 되는 경우에는 보험수익자에게 약정한 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 보장보험금(이하 “중증질환(심장질환)보장보험금”이라 합니다) (별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 연간 1회에 한함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “중증질환자(심장질환) 산정특례가 적용되는 경우”는 “중증질환자(심장질환) 산정특례대상으로 등록된 날” 또는 “중증질환자(심장질환) 산정특례대상에 해당하는 수술 또는 약제투여를 받은 날”을 기준으로 적용합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ④ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(심장질환) 보장보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “산정특례 적용여부를 확인할 수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함), 처방전 등]”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으

로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제

2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
<p>중증질환(심장질환) 보장보험금</p>	<p>피보험자가 보험기간 중 중증질환자(심장질환) 산정특례가 적용이 되는 경우 (연간1회한)</p>	<p>특약 보험가입금액</p>

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
중증질환(심장질환) 보장보험금 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 30일내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

중증질환자(심장질환) 산정특례 대상질환 분류표

I. 약관에서 규정하는 "중증질환자(심장질환) 산정특례 대상질환"으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"(보건복지부 고시 제 2022-294 호, 2023.1.1 시행) 제 4 조 별표 3(중증질환자 산정특례 대상)의 [별첨 1]에서 정하는 아래의 상병을 말합니다. 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단하며 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우는 개정된 기준을 따릅니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 심장의 양성 신생물	D15.1
· 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
· 만성 류마티스심장질환	I05~I09
· 허혈심장질환	I20~I25
· 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
· 기타 형태의 심장병	I30~I51
· 대동맥의죽상경화증	I70.0
· 대동맥동맥류 및 박리	I71
· 달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
· 대동맥궁증후군[다카야수]	M31.4
· 순환계통의 선천기형	Q20~Q25
· 대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4, Q26.8, Q26.9
· 흉부 혈관의 손상, 심장의 손상	S25~S26

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 상병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 상병에 해당될 수 있었다고 하더라도 상병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 상병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 상병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 상병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 상병에 해당될 수 없었다고 하더라도 상병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 상병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 상병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부가 판단된

경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

상병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 상병에 해당될 수 없었다면 상병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 상병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 상병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표

I. 약관에서 규정하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-294 호, 2023. 1. 1 시행)” 제 4 조 별표 3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정 기 호
· “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병”(별표 2 “중증질환자(심장질환) 산정특례 대상질환 분류표” 참조)에 해당하는 심장질환자가 해당 상병 치료를 위하여 “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술”(별표 4 “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술” 참조) 또는 “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분”(별표 5 “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분” 참조)에 해당하는 수술 또는 약제투여를 받은 경우 최대 30 일 단, “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병”(별표 2 “중증질환자(심장질환) 산정특례 대상질환 분류표” 참조)에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술”(별표 4 “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술” 참조)에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60 일	V192

주) “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 판단합니다. 진단 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다

(별표 4)

본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

I. 이 약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환 수술"이란 "중증질환자 심장질환"으로 인한 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 국민건강보험법 시행령 제19조 제1항 및 동법 시행령[별표 2]에 의한 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-294호, 2023. 1. 1 시행)에 해당하는 수술을 말합니다. 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우는 개정된 기준에 따릅니다.

대상이 되는 항목	수가코드
· 동맥관 우회로 조성술	OA640,OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649
· 심장 창상봉합술	O1660
· 동맥관개존폐쇄술	O1671,O1672
· 대동맥축착증수술	O1680
· 폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
· 심혈관단락술	O1701,O1702
· 폐동맥결찰술	O1703,O1704
· 심방중격결손조성술	O1705
· 심방, 심실중격결손증수술	O1710,O1711, O1721~O1723
· 판막협착증수술	O1730,O1740, O1750,O1760
· 심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1770
· 판막성형술	O1781~O1784
· 인공판막치환술	O1791~O1793, O1797
· 인공판막재치환술	O1794~O1796, O1798
· 비봉합 대동맥판막치환술	O1799
· 활로씨 4 증후군 근본수술	O1800
· 심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1810
· 심내막상결손증 수술	O1821,O1822
· 좌심실류절제술	O1823
· 좌심실용적축소성형술	O1824
· 좌심실, 우심실 유출로 성형술	O1825,O1826

대상이 되는 항목	수가코드
· 관상동맥 내막절제술	O1830
· 발살바동 동맥류파열수술	O1840
· 동정맥기형교정술	O1841
· 기타 복잡기형에 대한 심장수술	O1851,O1852
· 좌우폐동맥 성형술	O1861
· 기능적 단심실증 교정술	O1873,O1874
· 라스텔리씨수술	O1875
· 총 폐정맥 환류이상증 수술	O1878
· 대혈관전위증 수술	O1879
· 심실 보조장치 치료술	O0881,O0882, O0883,O0886, O0887,O0888, O0889
· 인공심폐순환	O1890
· 개흉심장마사지	O1895
· 부분체외순환	O1901~O1902
· 체외순환막형산화요법	O1903~O1904, O1907
· 국소관류	O1910
· 대동맥내풍선펌프	O1921,O1922
· 심낭루조성술	O1931
· 심낭창형성술	O1932,O1935
· 심막절제술	O1940
· 폐동맥혈전제거술	O1950
· 대동맥-폐동맥 창 폐쇄술	O1960
· 심내이물제거술	O1970
· 심장종양제거술	O1981,O1982
· 심박기거치술	O2001,O2004, O2005,O2009, O0203~O0210, O0241~O0243
· 부정맥수술	O2006,O2007
· 심율동전환 제세동기거치술	O0211,O0212, O2211,O2212
· 동맥류 절제술	O2021,O2022, O2031~O2033
· 혈전제거술-심장	O0260
· 경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510

대상이 되는 항목	수가코드
· 경피적 심방중격결손폐쇄술	OZ751
· 경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
· 경피적 심방중격절개술	M6521,M6522
· 경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
· 부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술	M6541~M6543, M6546~M6548, M6550/ M0651,M0657, M0658,M0661, M0662
· 경피적 관상동맥확장술	M6551,M6552, M6553,M6554
· 경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6561~M6564, M6565~M6567
· 경피적 관상동맥죽상반절제술	M6571,M6572
· 경피적 대동맥판삽입	M6580,M6581, M6582
· 경피적 폐동맥판 삽입술	M6585
· 경피적 풍선혈관성형술	M6595~M6597
· 경피적 혈관내 금속스텐트삽입술	M6603~M6605
· 경피적 혈관내 스텐트-이식설치술	M6611~M6613
· 대동맥 혈관내 이식편 고정술	M6651,M6652
· 경피적 혈관내 죽종제거술	M6620
· 경피적 혈전제거술	M6632,M6634, M6638,M6639
· 혈관색전술	M6644
· 심장이식술	Q8080
· 심장 및 폐이식술	Q8103

(별표 5)

본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

I. 약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분"이란 국민건강보험법 시행령 제 19 조 제 1 항 및 동법 시행령[별표 2]에 의한 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-294 호, 2023. 1. 1 시행)을 말합니다. 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우는 개정된 기준에 따릅니다

약제성분명	주사제
· Alteplase	주사제
· Tenecteplase	주사제
· Urokinase	주사제

무배당암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료비보장특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

■ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

■ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “보험계약일 또는 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당암(기타피부암및갑상선암제외)주요치료비보장특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 4 【“수술”의 정의와 장소】..... 3

 제 2-1 조의 5 【“항암방사선치료”의 정의】..... 3

 제 2-1 조의 6 【“항암약물치료”의 정의】..... 3

 제 2-1 조의 7 【“암 주요치료”의 정의】..... 3

제 2 관 보험금의 지급 등..... 4

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 4

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 4

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 4

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 6

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 6

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 6

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 6

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 6

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 7

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 7

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 7

 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 8

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 8

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 8

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 8

제 5 관 기타사항..... 9

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 9

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 10

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 12

 (별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표Ⅱ(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 13

무배당암(기타피부암및갑상선암제외)주요치료비보장특약 A1 약관 (240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의 II】

이 특약에 있어서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달
리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 보험금 지급기간: 암 최초 진단확정일(이하 “최초 암진단확정일”이라 합니다)부터 그 날을 포
함하여 5 년까지의 기간으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급 대상이 되는
기간을 말합니다.
2. 연간: 최초 암진단확정일부터 그 날을 포함하여 매 1 년 단위로 도래하는 암진단확정 해당일(이
하 “암진단확정 해당일”이라 합니다) 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 암진단
확정 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 암진단확정 해당일로 합니다.

제 2-1 조의 3 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생
물(암) 분류표 II(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피
부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”,

제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

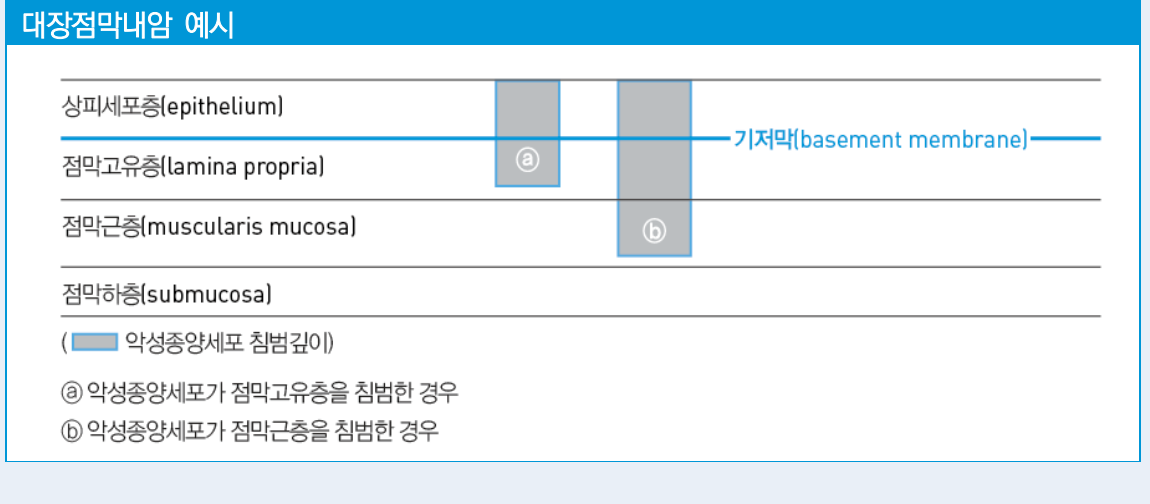
한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

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

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우

“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
 ⑤ 그러나 제4항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 4 【“수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암에 의한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 암의 직접적인 치료를 목적으로 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 암의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

제 2-1 조의 5 【“항암방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 2-1 조의 6 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2-1 조의 7 【“암 주요치료”의 정의】

① 이 특약에서 “암 주요치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
 2. 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
- ② 다음 각 호의 사항은 “암 주요치료”에 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. 호르몬 관련 치료제
- (호르몬 관련 치료제)**
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.
5. 기타 “암 주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제 2 항에도 불구하고, 암으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

제2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 암의 직접적인 치료를 목적으로 “암 주요치료”를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 암주요치료비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다(다만, 최초 암진단확정일부터 최대 5 년간, 연간 1 회에 한함(최대 5 회지급)).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과

같이 계산합니다.

② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “보험금 지급기간”이란 제 2-1 조의 2(용어의 정의Ⅱ) 제 1 호에서 정의한 기간을 말합니다. 단, 5 차년도에 “암 주요치료”를 받은 경우에는 최초 암진단확정일로부터 5 차년도 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.

보험금(암주요치료비) 지급 예시

- 계약일 : 20X0 년 4 월 1 일
- 보험가입금액 : 1,000 만원
- 위암 최초 진단확정일 : 20X2 년 7 월 1 일
- 대장암 최초 진단확정일 : 20X5 년 8 월 1 일

최초 암진단확정일 이후 발생한 암 주요치료 및 보험금 지급 내역

①	②	③	④	⑤
20X2.7.1 ~20X3.6.30	20X3.7.1 ~20X4.6.30	20X4.7.1 ~20X5.6.30	20X5.7.1 ~20X6.6.30	20X6.7.1 ~20X7.6.30
진단후 1 차년도	진단후 2 차년도	진단후 3 차년도	진단후 4 차년도	진단후 5 차년도
위암 수술 1 회	-	“암 주요치료” 미시행	위암 수술 1 회	대장암 수술 1 회
위암 항암약물치료 2 회	위암 항암방사선치료 5 회		-	위암 항암약물치료 1 회
1,000 만원 1 회	1,000 만원 1 회		1,000 만원 1 회	1,000 만원 1 회

주)

- ① 보험금 지급 : 1,000 만원
- ② 보험금 지급 : 1,000 만원
- ③ 보험금 미지급 : “암 주요치료” 미시행
- ④ 보험금 지급 : 1,000 만원
- ⑤ 보험금 지급 : 1,000 만원

단, 20X2 년 7 월 1 일 위암 최초 진단확정 이후 20X5 년 8 월 1 일 대장암으로 최초 진단확정 받더라도 보험금 지급기간은 20X2 년 7 월 1 일로부터 5 년입니다.

③ 제 2-1 조의 3(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되거나 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 “암 주요치료”를 받았을 경우에는 보험금이 지급되지 않습니다.

④ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “암 주요치료”의 기준 산정 시 수술일은 수술개시일자, 항암 방사선치료는 항암방사선치료일자, 항암약물치료는 항암약물투여일자로 합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 “암 주요치료”를 각각 연 1 회 이상 이용한 경우에도 제 2-1 조의 2(용어의 정의Ⅱ) 2 호에서 정한 “연간” 1 회에 한하여 보험금을 지급합니다. 단, 연간 1 회를 초과하여 “암 주요치료”를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제 2 항의 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간과 관계 없이 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 제 2 항에서 최초 암진단확정일 이후 다른 암으로 진단 확정된 경우, 가장 먼저 “암”으로 진단 확정받은 날을 “최초 암진단확정일”로 봅니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 수술확인서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 3(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 “계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보

험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 피보험자가 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 되었을 경우에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제2-9조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제2-10조의2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 기타피부암 또는 갑상선암의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암주요치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 암의 직접적인 치료를 목적으로 “암 주요치료”를 받은 경우 (다만, 최초 암진단확정일부터 최대 5년간, 최대 5회 지급)	특약 보험가입금액 (연간 1 회한)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
3. 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. “보험금 지급기간”이란 암 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 5 년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5 차년도에 “암 주요치료”를 받은 경우에는 최초 암진단확정일로부터 5 차년도 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.
5. “연간”이란 “최초 암진단확정일”부터 그 날을 포함하여 매 1 년 단위로 도래하는 암진단확정 해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 암진단확정 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 암진단확정 해당일로 합니다.
6. “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되거나 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 “암 주요치료”를 받았을 경우에는 보험금이 지급되지 않습니다.
7. “암 주요치료”의 기준 산정 시 수술일은 수술개시일자, 항암방사선치료는 항암방사선치료일자, 항암약물치료는 항암약물투여일자로 합니다.
8. 회사는 피보험자가 “암 주요치료”를 각각 연 1 회 이상 이용한 경우에도 “연간” 1 회에 한하여 보험금을 지급합니다. 단, 연간 1 회를 초과하여 “암 주요치료”를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
9. 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간과 관계없이 보험금을 지급합니다.
10. 최초 암진단확정일 이후 다른 암으로 진단 확정된 경우, 가장 먼저 “암”으로 진단 확정받은 날을 “최초 암진단확정일”로 봅니다.

보험금(암주요치료비) 지급 예시				
- 계약일 : 20X0년 4월 1일				
- 보험가입금액 : 1,000만원				
- 위암 최초 진단확정일 : 20X2년 7월 1일				
- 대장암 최초 진단확정일 : 20X5년 8월 1일				
최초 암진단확정일 이후 발생한 암 주요치료 및 보험금 지급 내역				
①	②	③	④	⑤
20X2.7.1 ~20X3.6.30	20X3.7.1 ~20X4.6.30	20X4.7.1 ~20X5.6.30	20X5.7.1 ~20X6.6.30	20X6.7.1 ~20X7.6.30
진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
위암 수술 1회	-	"암 주요치료" 미시행	위암 수술 1회	대장암 수술 1회
위암 항암약물치료 2회	위암 항암방사선치료 5회		-	위암 항암약물치료 1회
1,000만원 1회	1,000만원 1회		1,000만원 1회	1,000만원 1회

주)

① 보험금 지급 : 1,000만원

② 보험금 지급 : 1,000만원

③ 보험금 미지급 : "암 주요치료" 미시행

④ 보험금 지급 : 1,000만원

⑤ 보험금 지급 : 1,000만원

단, 20X2년 7월 1일 위암 최초 진단확정 이후 20X5년 8월 1일 대장암으로 최초 진단확정 받더라도 보험금 지급기간은 20X2년 7월 1일로부터 5년입니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
암주요치료비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표 II
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암(소액암제외)수술특약 A1(최초 1 회한)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 및 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미

경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당암(소액암제외)수술특약 A1(최초 1 회한) 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】..... 3

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 4

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 4

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 4

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 5

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 5

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 5

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 6

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 6

 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 6

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 7

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 7

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 7

제 5 관 기타사항..... 7

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 7

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 9

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 10

 (별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 11

무배당암(소액암제외)수술특약A1(최초1회한) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물
(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2항에서 정한 “기타피부암”, 제 3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에
따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이
확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

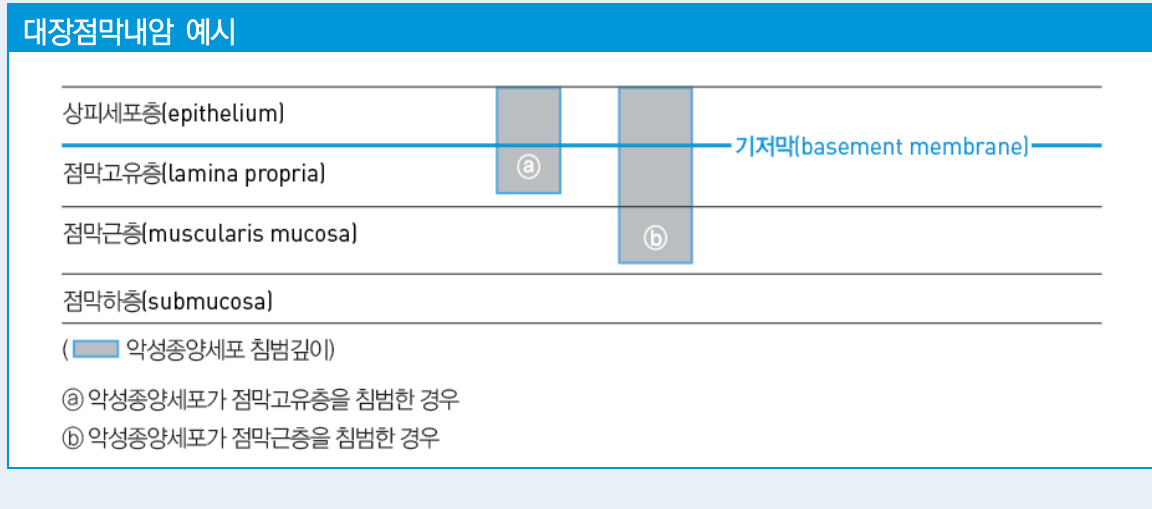
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어
C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악
성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 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.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암에 의한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 암의 직접적인 치료를 목적으로 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

- ③ 제1항의 암의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

(항암방사선치료)

치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

(항암약물치료)

해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 최초1회에 한하며, 계약일로부터 1년 미만 진단확정 시 50%를 지급함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-1 조의 2 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단확정 및 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받더라도 암수술비는 지급되지 않습니다.
- ③ 항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 수술확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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.

(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 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우 (“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약

에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)

- 주) 1. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 및 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받더라도 암수술비는 지급되지 않습니다.
2. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 암수술비가 지급됩니다.
3. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
4. 항암방사선치료 또는 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 암수술비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
암수술비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암(소액암제외)수술특약 A1(회당)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미

경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당암(소액암제외)수술특약 A1(회당) 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】..... 3

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 4

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 4

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 4

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 5

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 5

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 5

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 6

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 6

 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 6

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 7

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 7

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 7

제 5 관 기타사항..... 7

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 7

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 9

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 10

(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 11

무배당암(소액암제외)수술특약A1(회당) 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

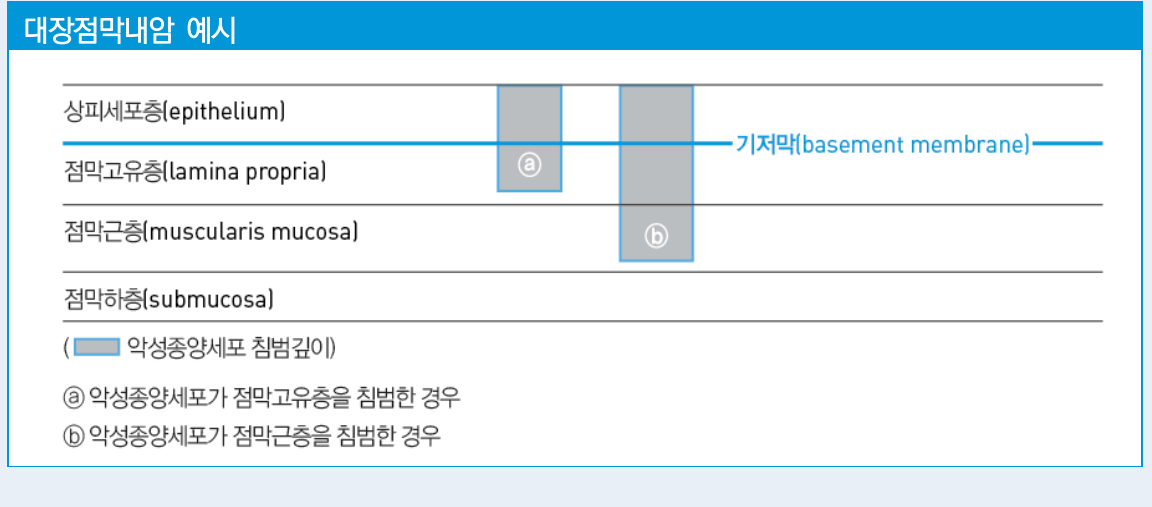
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암에 의한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 암의 직접적인 치료를 목적으로 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

- ③ 제1항의 암의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

(항암방사선치료)

치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

(항암약물치료)

해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 약정한 암수술비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(수술 1회당, 다만, 계약일로부터 1년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단확정 되었을 경우 암수술비는 지급되지 않습니다.
- ③ 항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 수술확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 기타피부암 및 갑상선암의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약

에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (수술 1회당) (다만, 계약일로부터 1년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)

주)

1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암수술비는 지급되지 않습니다.
3. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 암수술비가 지급됩니다.
4. 항암방사선치료 또는 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
암수술비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암(소액암제외)진단비특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예:180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미

경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당암(소액암제외)진단비특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	6
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	10

무배당암(소액암제외)진단비특약 A1 약관(240422)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

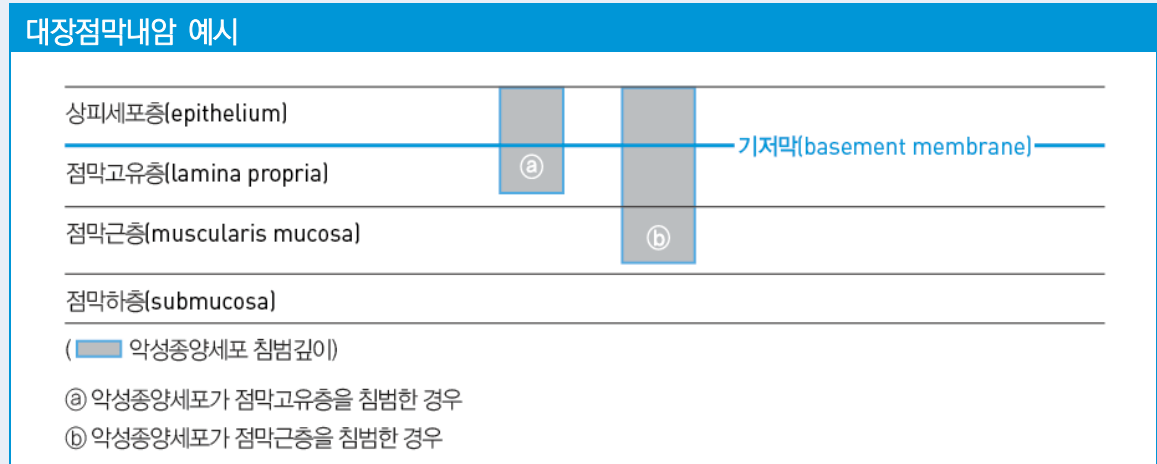
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ 이 특약에 있어서 피보험자가 여성인 경우에 한하여 제 1 항에서 정한 “암” 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 “유방암”이라 합니다.
- ⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ 그러나 제6 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 피보험자가 암으로 진단확정 되었을 때 보험수익자에게 약정한 암진단비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다(다만, 최초 1 회에 한하며, 계약일로부터 1 년 미만 진단확정 시 50%를 지급함. 그러나 유방암의 경우 계약일로부터 180 일경과 이전에 진단확정시에는 암진단비의 10%를 지급함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 암진단비를 지급합니다. 다만, 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우에는 암진단비를 지급하지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정

능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 “암보장개시일”이라 하며 회사는 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형은 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
 이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발

생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 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 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
암진단비	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	계약일로부터 1년 이상	특약 보험가입금액의 100%
		계약일로부터 1년 미만	특약 보험가입금액의 50% (다만, 유방암의 경우 계약일로부터 180일경과 이전에 진단확정시에는 특 약 보험가입금액의 10% 지급)

주)

1. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암진단비는 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 보험계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 암진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
4. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 진단비가 지급됩니다.
5. 피보험자가 여성인 경우에 한하여 약관 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “암” 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물에 해당하는 질병을 “유방암”이라 합니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
암진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

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

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암(소액암제외)진단비특약 A1(삭감없음)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당암(소액암제외)진단비특약 A1(삭감없음) 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 3

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 5

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5

 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 6

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 6

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 6

제 5 관 기타사항..... 7

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 7

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 8

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 9

 (별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 10

무배당암(소액암제외)진단비특약 A1(삭감없음) 약관(240422)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

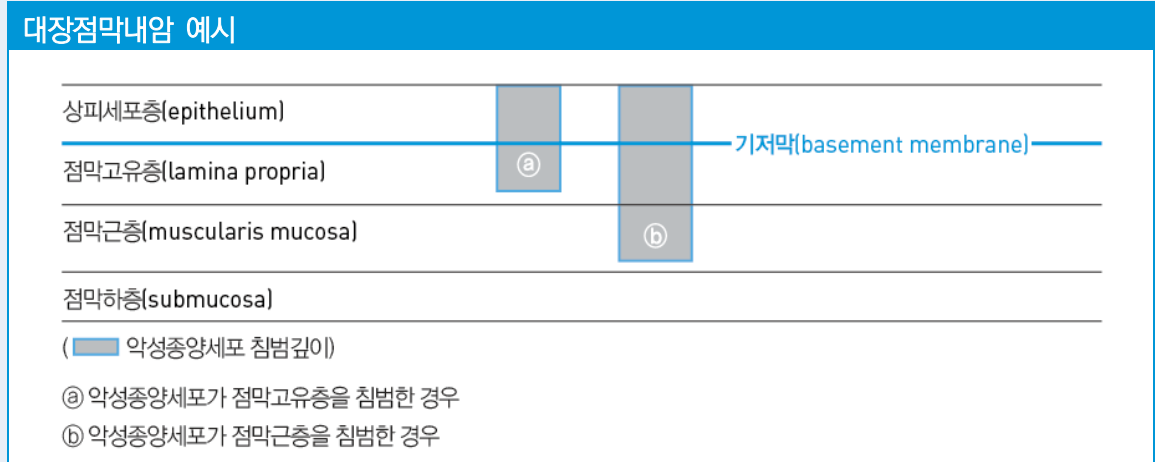
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 암보장개시일(이하 “암 보장개시일”이라 합니다) 이후에 피보험자가 암으로 진단확정 되었을 때 보험수익자에게 약정한 암진단비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다(다만, 최초 1 회에 한함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 암진단비를 지급합니다. 다만, 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우에는 암진단비를 지급하지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 “암보장개시일”이라 하며 회사는 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)

를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 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 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는

청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암진단비는 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 암진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
4. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 진단비가 지급됩니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
암진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내: 평균공시이율의 50% 1 년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암(소액암제외)진단비특약 A1(암기가입자용)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암 진단일이 계약일로부터 일정기간(예:180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당암(소액암제외)진단비특약 A1(암기가입자용) 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	10

무배당암(소액암제외)진단비특약 A1(암기가입자용) 약관(240422)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

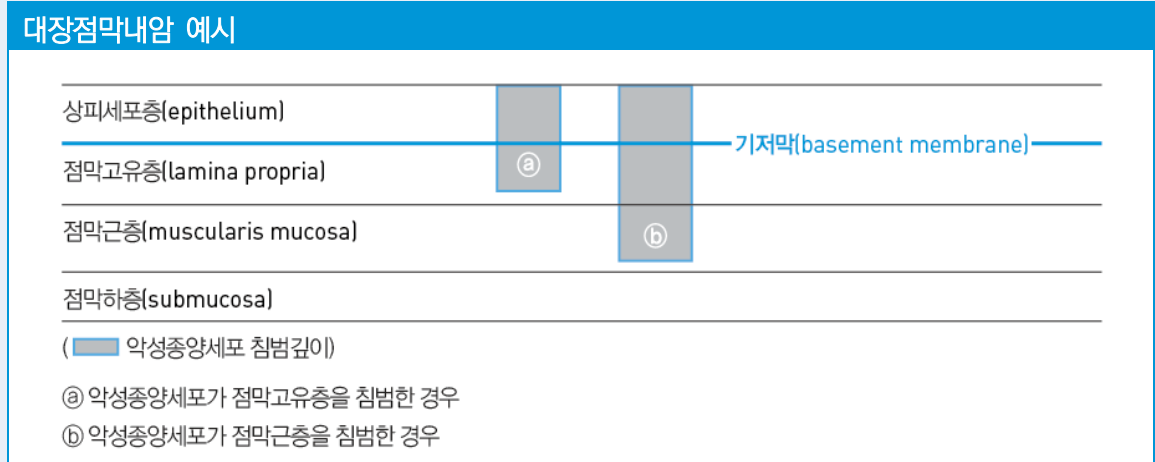
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ 이 특약에 있어서 피보험자가 여성인 경우에 한하여 제 1 항에서 정한 “암” 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 “유방암”이라 합니다.
- ⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2관 보험금의 지급 등

제2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 암으로 진단확정 되었을 때 보험수익자에게 약정한 암진단비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조))를 지급하여 드립니다.(다만, 최초 1 회에 한하며, 유방암의 경우 계약일로부터 180 일 경과 이전에 진단 확정시에는 10%를 지급함)

제2-2 조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하고, 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 암진단비를 지급합니다.

제2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약

에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	특약 보험가입금액 (다만, 유방암의 경우 계약일로부터 180 일경과 이전에 진단확정시에는 특약 보험가입금액의 10% 지급)

주)

1. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암진단비는 지급되지 않습니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 암진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 진단비가 지급됩니다.
4. 피보험자가 여성인 경우에 한하여 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “암” 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 “유방암”이라 합니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
암진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내: 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암(소액암제외)통원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 및 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당암(소액암제외)통원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“통원”의 정의와 장소 및 “암의 직접적인 치료”의 정의】..... 3

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 4

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 4

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 4

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 5

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 5

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 6

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 6

 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 6

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 6

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 7

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 7

제 5 관 기타사항..... 7

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 7

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 8

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 9

 (별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 10

무배당암(소액암제외)통원특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물
(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”
에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물
(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

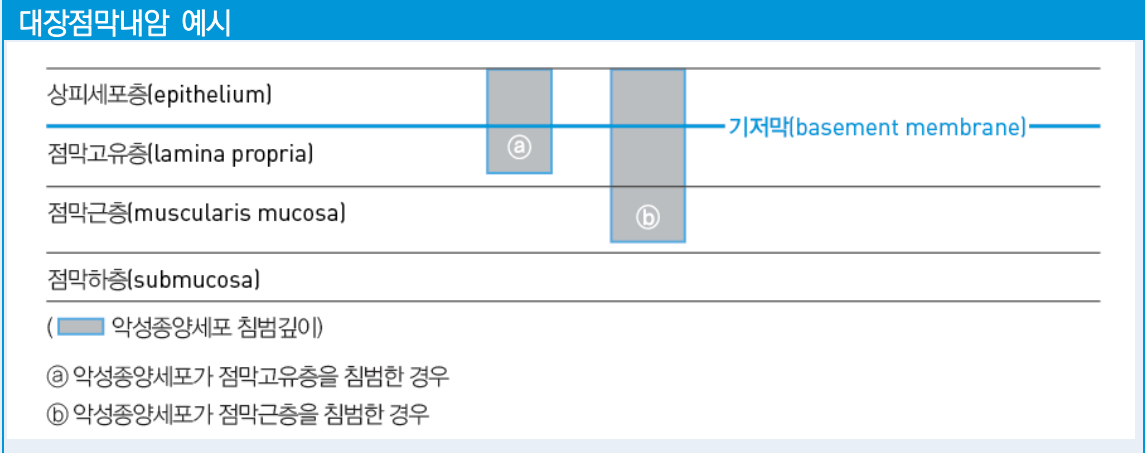
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어
C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악
성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1 조의3 【“통원”의 정의와 장소 및 “암의 직접적인 치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 “암의 직접적인 치료”라 함은 “암”을 제거하거나 “암”의 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)를 말합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

- ③ 제1항의 “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, “암”을 제거하거나 “암”의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ④ 제1항의 “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 - 1. 식이요법, 명상요법 등 “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않는 치료
 - 2. 면역력 강화 치료
 - 3. “암”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
 - 1. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 - 2. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 ‘면역력 강화 치료’
 - 3. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 “암”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료’
 - 4. 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명치료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제2 관 보험금의 지급 등

제2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6 조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 보험수익자에게 약정한 암직접치료통원자금(통원 1 회당)(별표 1 “보험금 지급기준

표” 참조)을 지급하여 드립니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 통원확인서, 진료확인서, 진료비세부내역서, 처방전 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 “계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 “암보장개시일”이라 하며 회사는 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암 직접치료 통원자금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때	특약 보험가입금액 (통원1회당)

주)

1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암직접치료통원자금은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 암직접치료통원자금이 지급됩니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
암직접치료통원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암뇌심입원간병인사용특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 암, 뇌혈관질환, 허혈심장질환으로 입원하더라도 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에만 사용일수를 계산하여 보험금을 지급합니다. 간병인과 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날 또는 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당암뇌심입원간병인사용특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 4 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 5 【“입원”의 정의와 장소】.....	3
제 2-1 조의 6 【“요양병원”의 정의】.....	4
제 2-1 조의 7 【“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의】.....	4
제 2-1 조의 8 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	6
제 2 관 보험금의 지급 등.....	7
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	7
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	7
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	7
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	8
제 2-5 조 【사고증명서】.....	9
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	9
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	9
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	9
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	10
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	10
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	10
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	11
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	11
제 2-12 조 【해약환급금】.....	11
제 5 관 기타사항.....	11
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	11
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	13
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	15
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 제외).....	16
(별표 3) 뇌혈관질환 분류표.....	18
(별표 4) 허혈심장질환 분류표.....	20

무배당암뇌심입원간병인사용특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일부터 이 특약의 부가시에 회
사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정
의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 세부보장: 이 특약은 아래의 세부보장으로 구성되며, 계약자는 아래의 세부보장을 동시에 가
입해야 합니다.

(세부보장)

1형(간병인사용), 2형(간호간병통합서비스)

제2-1조의3 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생
물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부
암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제
3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition
or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”

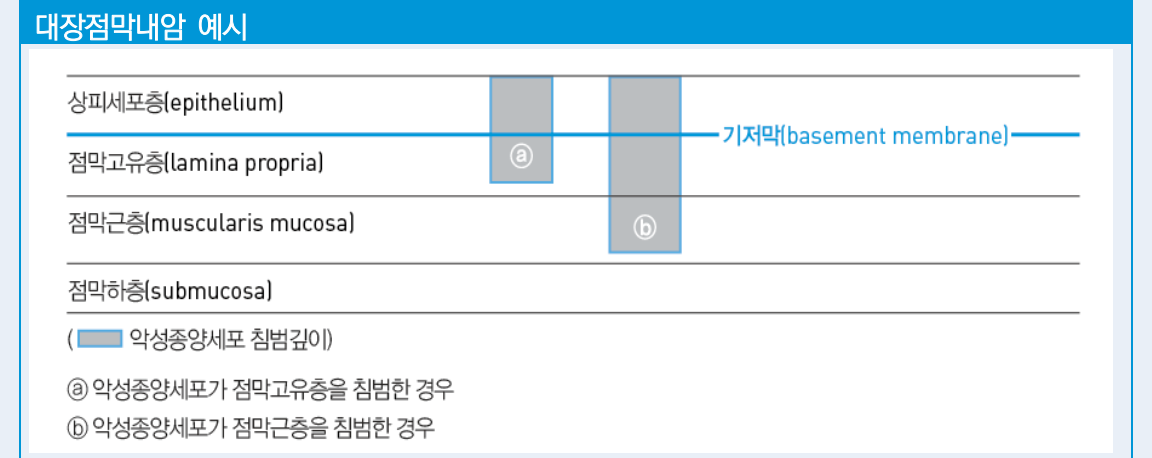
에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가

진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4 【“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환분류표(별표 3 “뇌혈관질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 국외 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 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF)를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의5 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 허혈심장질환분류표(별표 4 “허혈심장질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-1 조의6 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라

합니다)에 의하여 피보험자가 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-1 조의 7 【“요양병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “요양병원”이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목 및 동법 제 3 조의 2(병원등)에서 규정한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 “요양병원”이라 합니다)을 말합니다.

(의료법 제 3 조(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 임산부 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(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

(의료법 제 3 조 2(병원등))

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제 2-1 조의 8 【“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의】8

① 이 특약에 있어서 “간병인”이라 함은 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병인 제공 서비스를 영위하여야 합니다.

(간병인의 주요 업무)

침대높낮이 조절, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

② 제1항의 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 의료기관에 입원하였을 경우 피보험자를 위하

여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제4항에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 이 특약에 있어서 “간병인(을) 사용”이라 함은 제1항에서 정의한 간병인을 사용할 경우를 말합니다. 간병인 사용일수는 1일을 기준으로 하며, 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 합니다.

④ 이 특약에 있어서 “간호·간병통합서비스”라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

(의료법 제 4 조 2(간호·간병통합서비스 제공 등))

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

(의료법 시행규칙 제 1 조의 4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관))

① 법 제4조의2 제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원환자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표1의 2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병

원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제 2-1 조의 9 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제 2-1 조의 8(“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의)의 간호·간병통합서비스가 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 변경되어 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 2 호의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제 2 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

제2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 세부보장별 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 1 형 (간병인사용)

피보험자가 보험기간 중 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 각각 1 회 입원당 입원일수 합산 180 일 한도).

1. 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우

： 암뇌심입원간병인사용급여금 (요양병원제외)

2. 요양병원에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우

： 암뇌심입원간병인사용급여금 (요양병원)

2. 2 형 (간호간병통합서비스)

피보험자가 보험기간 중 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 받은 경우 보험수익자에게 암뇌심간호·간병통합서비스 사용급여금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (다만, 1 회 입원당 입원일수 합산 180 일 한도).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

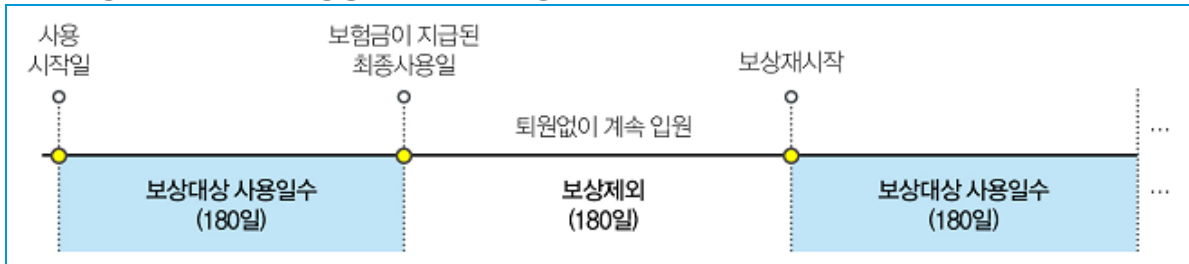
① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

② 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 각 호에서 사용일수란 의료기관에서 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 일수(이하 “사용일수”라 합니다)를 말합니다.

③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 및 제 2 호의 경우 각각 1 회 입원당 사용일수 180 일을 최고한도로 합니다.

④ 제 3 항의 경우 피보험자가 동일한 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환, 허혈심장질환의

직접적인 치료를 목적으로 하여 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보고 각 사용일수를 더하여 제 3 항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일한 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환, 허혈심장질환으로 인한 입원이라도 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지난 후에 사용한 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우 해당 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지난 후 사용하는 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다.



⑤ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 3 항의 규정에 따라 계속 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급합니다.

⑥ 제2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원하더라도 동일한 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환, 허혈심장질환으로 인하여 그 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 다만, 계속 입원하더라도 다음의 이전 또는 변경이 있을 경우 이전 또는 변경한 날부터 변경된 기준에 따라 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급합니다.

1. 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 요양병원으로 이전한 경우 또는 그 반대의 경우
 2. 간호·간병통합서비스 사용에서 간병인 사용으로 변경이 있는 경우 또는 그 반대의 경우
- ⑦ 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환, 허혈심장질환으로 입원하더라도 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에만 사용일수를 계산하여 보험금을 지급합니다. 간병인과 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날 또는 8 시간 미만으로 간병인을 사용한 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 제 1 항의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 최초계약의 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)

를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 '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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정.

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항과 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 1 형(간병인사용)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암뇌심입원간병인사용 급여금 (요양병원제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우	사용일수 1 일당 해당 보험가입금액의 500% (1 회 입원당 사용일수 180 일 한도)
암뇌심입원간병인사용 급여금 (요양병원)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우	사용일수 1 일당 해당 보험가입금액의 100% (1 회 입원당 사용일수 180 일 한도)

2. 2 형(간호간병통합서비스)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암뇌심입원간호·간병통합 서비스사용급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우	사용일수 1 일당 해당 보험가입금액의 100% (1 회 입원당 사용일수 180 일 한도)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 세부보장에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 각각 1 회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

(세부보장)

1형(간병인사용), 2형(간호간병통합서비스)

3. 약관 제2-1 조의8(“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의)에 따라 간호·간병 통합서비스는 간병인의 정의에서 제외되는 바, 간호·간병통합서비스 사용으로 보험금 지급사유

발생 시 간호·간병통합서비스 사용에 해당하는 보험금을 지급하고 간병인 사용에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.

4. 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환, 허혈심장질환으로 입원하더라도 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날(간병인을 8 시간 미만으로 사용한 경우 포함)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
1형(간병인사용), 2형(간호간병통합 서비스) (제 2-2 조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후

한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의3(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 거미막하출혈	160
· 뇌내출혈	161
· 기타 비외상성 두개내출혈	162
· 뇌경색증	163
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	164
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
· 기타 뇌혈관질환	167
· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168
· 뇌혈관질환의 후유증	169

주)

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의거하여 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수

없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

허혈심장질환 분류표

I. 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암다빈치로봇수술특약(갱신형)암 | 보장형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 지난 이후에도 보험금 지급사유 발생일이 계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을

뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당암다빈치로봇수술특약(갱신형) 암 I 보장형 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】..... 3

 제 2-1 조의 4 【“다빈치로봇 수술”의 정의】..... 3

제 2 관 보험금의 지급 등..... 4

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 4

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 4

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 4

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 4

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 5

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 5

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 5

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 5

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 6

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 6

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 7

 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 7

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 8

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 8

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 8

제 5 관 기타사항..... 8

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 8

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 9

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 10

(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 11

무배당암다빈치로봇수술특약(갱신형) 암 | 보장형 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

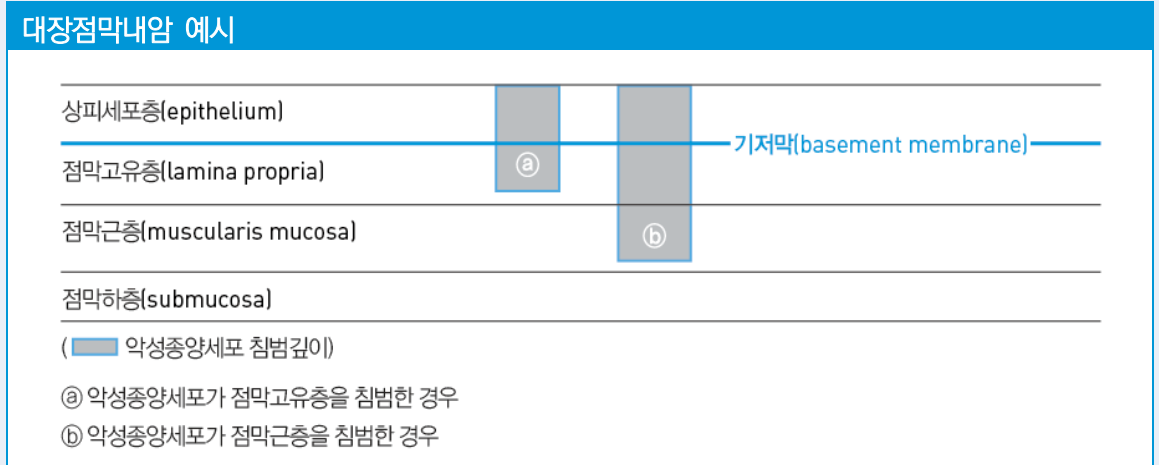
한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ 이 특약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에 있어서 “로봇수술암 I”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중 제5항에서 정한 “전립선암”을 제외하고, 제2항에서 정한 “기타피부암”을 포함한 질병을 말합니다.
- ⑦ “로봇수술암 I”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “로봇수술암 I”

의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 그러나 제7항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “로봇수술암 I”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 로봇수술암 I에 의한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 로봇수술암 I의 직접적인 치료를 목적으로 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 로봇수술암 I의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

(항암방사선치료)

방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 로봇수술암 I의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

(항암약물치료)

해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 로봇수술암 I의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2-1 조의 4 【“다빈치로봇 수술”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “다빈치로봇 수술”이라 함은 로봇수술암 I의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기da Vinci [®]	QZ961

② 제1항의 “다빈치로봇 수술”로 분류되는 수가코드는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하

는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특약 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ “암다빈치로봇수술비 I” 지급 여부는 “다빈치로봇 수술” 당시의 보험금 지급 기준에 따라 판단됩니다.

④ 제3항에 의하여 이 특약에서 보장하는 “다빈치로봇 수술” 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 “다빈치로봇 수술” 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지 상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 “다빈치로봇 수술”을 받은 것으로 봅니다.

(다빈치로봇 수술)

다빈치로봇 수술이란 로봇수술암 I 의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술 도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 피보험자가 로봇수술암 I 으로 진단확정 되고 그 로봇수술암 I 의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 수술을 받았을 때 보험수익자에게 약정한 암다빈치로봇수술비 I (별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다.(다만 최초 1 회에 한하며, 최초계약의 계약일로부터 180 일 경과 이내에 수술시 25%, 1 년미만에 수술시 50%를 지급함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가

발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)” 필수 기재) 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제 1 항의 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 최초계약의 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단 확정) 제 6 항에서 정한 로봇수술암 I 에 대한 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 “암보장개시일”이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제 1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-10조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- 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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조 (사고증명서) 제 1 항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일 전일 이전에 제 2-1 조의 2(“암”, 기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 6 항에서 정한 로봇수술암 I 으로 진단 확정되는 경우(“갑상선암” 및 “전립선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다.)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
암다빈치 로봇수술비 I	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 로봇수술암 I 으로 진단확정 되고 그 로봇수술암 I 의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 수술을 받았을 때 (최초 1 회한)	최초계약의 계약일로부터 1년 이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 181일 이상 ~ 1년 미만	특약보험가입금액의 50%
		최초계약의 계약일로부터 180일 경과 이내	특약보험가입금액의 25%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
3. “로봇수술암 I”이라 함은 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단 확정) 제 1항에서 정한 “암” 중 제 5항에서 정한 “전립선암”을 제외하고, 제 2항에서 정한 “기타피부암”을 포함한 질병을 말합니다.
4. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “갑상선암” 및 “전립선암”은 로봇수술암 I 의 정의에서 제외되는 바, “갑상선암” 또는 “전립선암”으로 진단 확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 수술을 받았을 경우 암다빈치로봇수술비 I 는 지급되지 않습니다.
5. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 암다빈치로봇수술비 I 를 지급합니다.
6. 최초계약의 계약일로부터 1년 미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
7. 항암방사선치료 또는 항암약물치료는 보험금이 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
암다빈치로봇수술비 I (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암다빈치로봇수술특약(갱신형)암 II 보장형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 지난 이후에도 보험금 지급사유 발생일이 계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당암다빈치로봇수술특약(갱신형)암 II 보장형

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“갑상선암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】.....	2
제 2-1 조의 4 【“다빈치로봇 수술”의 정의】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	6
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	6
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	7
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	7
제 2-12 조 【해약환급금】.....	7
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9

무배당암다빈치로봇수술특약(갱신형) 암II 보장형 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“갑상선암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”을 말합니다. 다만, 이 특약에서 보장하는 갑상선암은 제2항에서 정한 “중증 갑상선암”을 제외한 갑상선암을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ③ 이 특약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “로봇수술암II”이라 함은 제1항에서 정한 “갑상선암” 및 제3항에서 정한 “전립선암”을 말합니다.
- ⑤ “로봇수술암II”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내

려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “로봇수술암II”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “로봇수술암II”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 로봇수술암II에 의한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 로봇수술암II의 직접적인 치료를 목적으로 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 로봇수술암II의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

(항암방사선치료)

방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 로봇수술암II의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

(항암약물치료)

해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 로봇수술암II의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2-1 조의 4 【“다빈치로봇 수술”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “다빈치로봇 수술”이라 함은 로봇수술암II의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함]	QZ961

- 다빈치 기기 da Vinci[®]

- ② 제1항의 “다빈치로봇 수술”로 분류되는 수가코드는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특약 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ③ “암다빈치로봇수술비II” 지급 여부는 “다빈치로봇 수술” 당시의 보험금 지급 기준에 따라 판단됩니다.
- ④ 제3항에 의하여 이 특약에서 보장하는 “다빈치로봇 수술” 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 “다빈치로봇 수술” 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지 상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 “다빈치로봇 수술”을 받은 것으로 봅니다.

(다빈치로봇 수술)

다빈치로봇 수술이란 로봇수술암II의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술 도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

제2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 피보험자가 로봇수술암II으로 진단확정 되고 그 로봇수술암II의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 수술을 받았을 때 보험수익자에게 약정한 암다빈치로봇수술비II(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다.(다만 최초 1 회에 한하며, 최초계약의 계약일로부터 180 일 경과 이내에 수술시 25%, 1 년미만에 수술시 50%를 지급함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)” 필수 기재) 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제 1 항의 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 최초계약의 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“갑상선암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 로봇수술암II에 대한 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 “암보장개시일”이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제 1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
 이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-10조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신 전 30일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- 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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제2-5조 (사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의2 【특약의 무효】

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

- 1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일 전일 이전에 제 2-1 조의 2(“갑상선암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 로봇수술암II으로 진단 확정되는 경우

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
암다빈치 로봇수술비II	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 로봇수술암II으로 진단확정 되고 그 로봇수술암II의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 수술을 받았을 때 (최초 1 회한)	최초계약의 계약일로부터 1년 이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 181일 이상 ~ 1년 미만	특약보험가입금액의 50%
		최초계약의 계약일로부터 180일 경과 이내	특약보험가입금액의 25%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
3. “로봇수술암II”이라 함은 약관 제2-1 조의2(“갑상선암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “갑상선암” 및 제3항에서 정한 “전립선암”을 말합니다.
4. 약관 제2-1 조의2(“갑상선암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 수술을 받았을 경우 암다빈치로봇수술비II는 지급되지 않습니다.
5. 최초계약의 계약일로부터 1년 미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
6. 항암방사선치료 또는 항암약물치료는 보험금이 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
암다빈치로봇수술비 II (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당암산정특례대상보장특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 중증질환(암)보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

■ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

■ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 중증질환자(암)산정특례대상질환으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당암산정특례대상보장특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“중증질환자(암)산정특례대상질환”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“산정특례 신규등록”의 정의】.....	2
제 2-1 조의 4 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	4
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	4
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	4
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	4
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	5
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	5
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	5
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	5
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	6
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	6
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	6
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	7
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	7
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	7
제 2-12 조 【해약환급금】.....	7
제 5 관 기타사항.....	8
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	8
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	9
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	10
(별표 2) 중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표.....	11
(별표 3) 중증질환자 암질환 산정특례대상 분류표.....	12

무배당암산정특례대상보장특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“중증질환자(암)산정특례대상질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “중증질환자(암) 산정특례대상질환”이라 함은 중증질환자(암) 산정특례 대상
질환 분류표(별표 2 “중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

(본인일부부담금 산정특례 제도)

국민건강보험법 제 44 조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제 19 조(비용의 본인부담) 제 1 항 별표
2 및 의료급여법 제 10 조(급여비용의 본인부담), 동법 시행령 제 13 조 (급여비용의 본인부담) 제
1 항 별표 1 에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또
는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에
따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이
확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

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

② 이 특약에 있어서 “뇌·수막의 양성신생물”이라 함은 중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표(별표 2 “중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표” 참조)에서 정한 아래에 해당하는 질병을 말합니 다.

1. 분류번호 D32(수막의 양성 신생물)
2. 분류번호 D33(뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물)

③ “중증질환자(암) 산정특례 대상질환”(“뇌·수막의 양성신생물”제외)의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “중증질환자(암) 산정특례 대상질환”(“뇌·수막의 양성신생물”제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 그러나 제 3 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중증질환자(암) 산정특 례 대상질환”(“뇌·수막의 양성신생물” 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서 화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑤ “뇌·수막의 양성신생물”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(신경외과의사 등) 면허를 가진 자에 의하여 내 려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영 (CT), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “뇌· 수막의 양성신생물”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사 본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑥ “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제 2-2 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따 라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2-1조의3 【“산정특례 신규등록”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “산정특례 신규등록”이라 함은 특약의 보험기간 중 “본인일부부담금 산정특 례에 관한 기준” 제 7 조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관 에 제출하여 중증질환자 암질환 산정특례대상 분류표(별표 3 “중증질환자 암질환 산정특례대상 분 류표” 참조)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② 제 1 항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제 8 조에 의한 산정특례 재등록 은 보장에서 제외합니다.

(중증질환자 암질환 산정특례 재등록)

“본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제 8 조(산정특례 재등록)

- 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간(5 년) 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 암환자는 산정특례 종료예정일 3 개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.
- 암 재등록 시에도 암 산정특례 기준을 충족해야 하며, 등록기준 미충족 시에는 등록기준 예외 적용 기준을 충족하는 경우에만 재등록 가능합니다.

제2-1조의4 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 다음의 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 “중증질환자 암질환 산정특례 대상”신청이 불가능한 경우
 3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

- ⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 산정특례 신규등록 시점의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 중증질환(암)보장개시일 이후에 중증질환자(암)산정특례대상질환으로 진단확정되고, 그 중증질환자(암)산정특례대상질환을 직접적인 원인으로 산정특례 신규등록 되었을 때 보험수익자에게 약정한 중증질환자(암)산정특례대상 보장보험금(이하 “중증질환(암)보장보험금”이라 합니다)(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 최초 1회에 한함).

제2-2 조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자(암)산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(암)보장보험금을 지급하지 않습니다.

제2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험

금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서 외에 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류는 “진단서(병명기입), 건강보험(암) 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비세부내역서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“중증질환자(암)산정특례대상질환”의 정의 및 진단확정) 제 1 항 및 제 2 항에서 정한 중증질환자(암) 산정특례대상질환에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 중증질환자(암)산정특례대상질환보장개시일(이하 “중증질환(암)보장개시일”이라 합니다)이라 하며 회사는 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금

이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
 이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발

생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 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 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 중증질환(암)보장개시일의 전일 이전에 제 2-1 조의 2(“중증질환자(암)산정특례대상질환”의 정의 및 진단확정) 제 1 항 및 제 2 항에서 정한 중증질환자(암)산정특례대상질환으로 진단확정되는 경우

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
중증질환(암)보장보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 중증질환(암) 보장개시일 이후에 중증질환자(암) 산정특례 대상질환으로 진단확정되고, 그 중증질환자(암)산정특례대상질환을 직접적인 원인으로 산정특례 신규등록 되었을 때 (최초1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 중증질환(암)보장개시일은 보험계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 중증질환(암)보장보험금 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1 - 1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
중증질환(암)보장보험금 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 30일이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표

I. 약관에서 규정하는 “중증질환자(암)”으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”(보건복지부 고시 제 2022-294 호, 2023.1.1 시행) 제 4 조 별표 3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분 1 에 해당하는 아래의 상병을 말합니다. 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단하며 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”이 개정되는 경우는 개정된 기준을 따릅니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 악성 신생물	C00~C97
· 제자리신생물	D00~D09
· 수막의 양성 신생물	D32
· 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
· 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D48

II. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 상병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 상병에 해당될 수 있었다고 하더라도 상병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 상병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 상병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 상병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 상병에 해당될 수 없었다고 하더라도 상병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 상병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 상병으로 봅니다.

III. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

상병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 상병에 해당될 수 없었다면 상병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 상병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 상병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

중증질환자 암질환 산정특례대상 분류표

I. 약관에서 규정하는 중증질환자 암질환 산정특례대상은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-294 호, 2023. 1. 1 시행)" 제 4 조(중증질환자 산정특례대상) 별표 3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분 1 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정 기 호
· "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조(산정특례 등록 신청 등)에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5 년간 "(중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표" (별표 2 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표" 참조)에 해당하는 상병으로 진료를 받은 경우	V193

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 암질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

무배당암수술특약 A1(최초 1 회한)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 및 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당암수술특약 A1(최초 1 회한) 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 5 【“수술”의 정의와 장소】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	4
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	4
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	5
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	5
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	5
제 2-5 조 【사고증명서】.....	6
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	6
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	7
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	7
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	7
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	7
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	8
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	8
제 2-12 조 【해약환급금】.....	8
제 5 관 기타사항.....	9
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	9
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	10
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	12
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	13
(별표 3) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외).....	15
(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표.....	17

무배당암수술특약 A1(최초 1 회한) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물
(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에
따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이
확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

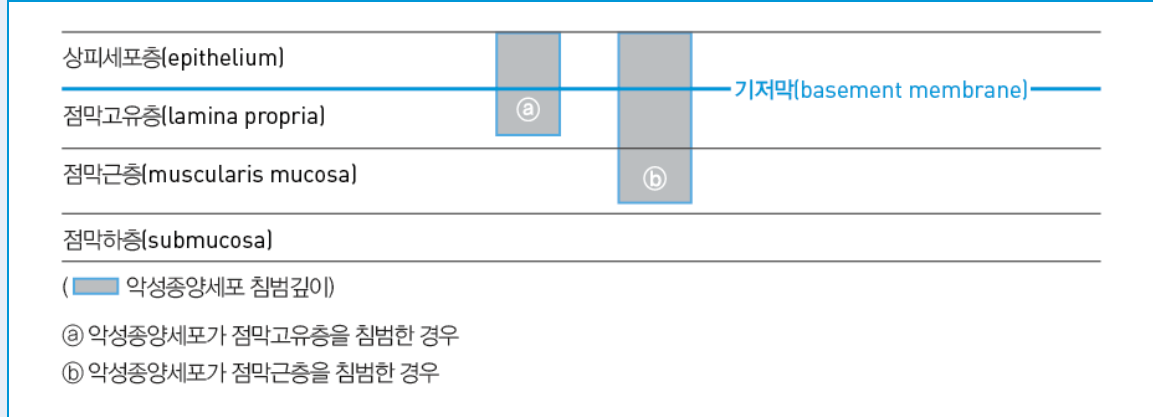
- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어
C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의
악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(별표3 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표4 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 5 【“수술”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양에 의한 수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 암, 기타피부암,

갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

(항암방사선치료)

치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

(항암약물치료)

해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때: 해당 암수술비(최초 1회에 한함. 다만, 계약일로부터 1년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되고 그 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때: 기타피부암수술비(최초 1 회에 한함. 다만, 계약일로부터 1년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정되고 그 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때: 갑상선암수술비(최초 1 회에 한함. 다만, 계약일로부터 1 년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되고 그 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때: 제자리암수술비(최초 1 회에 한함. 다만, 계약일로부터 1 년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되고 그 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때: 경계성종양수술비(최초 1 회에 한함. 다만, 계약일로부터 1 년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 보험금 지급사유가 발생할 경우 “기타피부암” 및 “갑상선암”에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
- ③ 항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술비 또는 소액암수술비가 지급되지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “암진단서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입

한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우 (“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는

청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1 회에 한함. 다만, 계약일로부터 1 년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)
기타피부암 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되고 그 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1 회에 한함. 다만, 계약일로부터 1 년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)
갑상선암 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정되고 그 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1 회에 한함. 다만, 계약일로부터 1 년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)
제자리암 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되고 그 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1 회에 한함. 다만, 계약일로부터 1 년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)
경계성종양 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되고 그 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1 회에 한함. 다만, 계약일로부터 1 년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)

1. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “기타피부암” 및 “갑상선암”에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
3. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “갑상선암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
4. 항암방사선치료 또는 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금

지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
암수술비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

Ⅰ. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암수술특약 A1(회당)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미

경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당암수술특약 A1(회당) 약관 1

제 1 편 일반사항 1

제 2 편 개별사항 1

제 1 관 용어의 정의 등 1

제 2-1 조 【특약의 보험기간】 1

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】 1

제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】 3

제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】 3

제 2-1 조의 5 【“수술”의 정의와 장소】 3

제 2 관 보험금의 지급 등 4

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】 4

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】 5

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】 5

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】 5

제 2-5 조 【사고증명서】 5

제 3 관 특약의 성립과 유지 등 6

제 2-6 조 【특약의 보장개시】 6

제 2-7 조 【피보험자의 범위】 6

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】 6

제 2-9 조 【특약의 갱신】 7

제 2-10 조 【특약의 소멸】 7

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】 7

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 8

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】 8

제 2-12 조 【해약환급금】 8

제 5 관 기타사항 8

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 8

(별표 1) 보험금 지급기준표 10

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 11

(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 12

(별표 3) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) 14

(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 16

무배당암수술특약A1(회당) 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

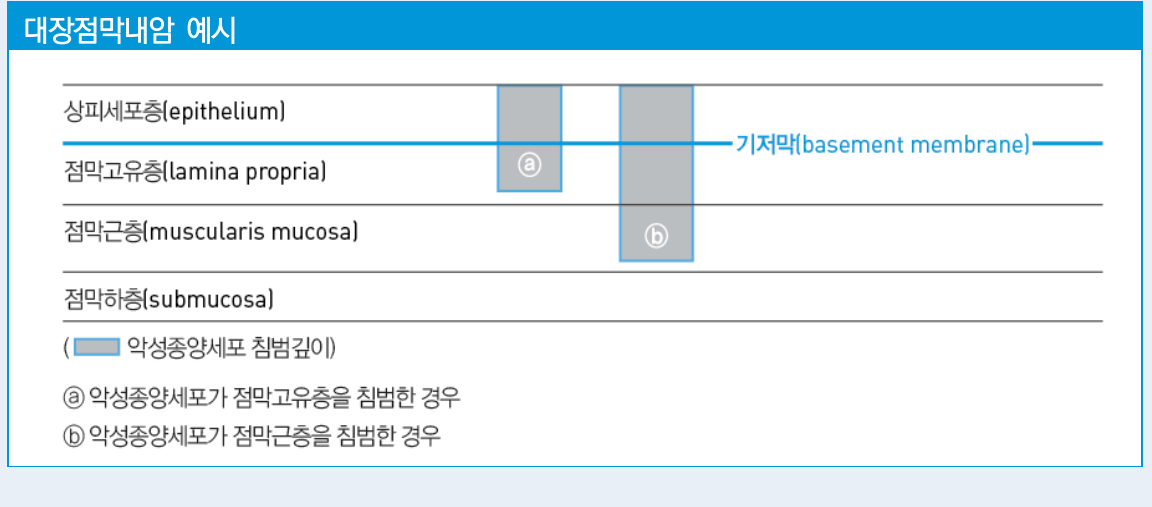
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(별표3 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표4 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 5 【“수술”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양에 의한 수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 암, 기타피부암,

갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

(항암방사선치료)

치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

(항암약물치료)

해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때: 해당 암수술비(수술 1회당, 다만, 계약일로부터 1년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때: 해당 소액암수술비(수술 1회당, 다만, 계약일로부터 1년미만에 직접적인 치

료를 목적으로 수술시 50%지급)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 보험금 지급사유가 발생할 경우 “기타피부암” 및 “갑상선암”에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
- ③ 항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술비 또는 소액암수술비가 지급되지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 수술확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확인) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우 (“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (수술 1회당) (다만, 계약일로부터 1년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)
소액암수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	기타피부암 : 특약 보험가입금액 갑상선암 : 특약 보험가입금액 제자리암 : 특약 보험가입금액 경계성종양 : 특약 보험가입금액 (수술 1회당, 다만, 계약일로부터 1년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)

주)

1. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “기타피부암” 및 “갑상선암”에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
3. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “갑상선암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
4. 항암방사선치료 또는 항암약물치료는 암수술비 또는 소액암수술비가 지급되지 않습니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
암수술비, 소액암수술비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

Ⅰ. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암중환자실입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 및 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 의료가관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에

따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당암중환자실입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 5 【“중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 6 【“입원”의 정의와 장소】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	4
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	4
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	4
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	4
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	5
제 2-5 조 【사고증명서】.....	5
제 3 관 특약의 성립과 유지.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	6
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	6
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	7
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	7
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	7
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	8
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	8
제 2-12 조 【해약환급금】.....	8
제 5 관 기타사항.....	9
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	9
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	10
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	11
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	12
(별표 3) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외).....	14
(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표.....	16

무배당암중환자실입원특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

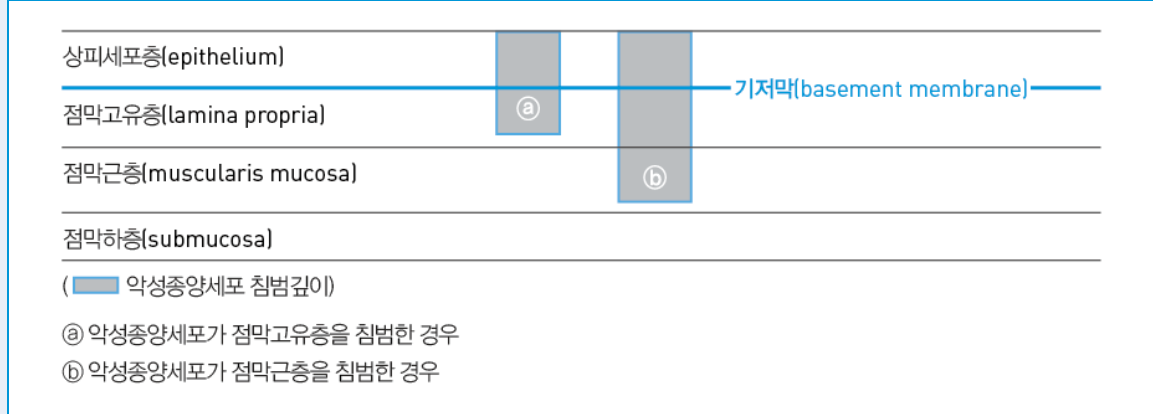
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 함

니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(별표3 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표4 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-1 조의 5 【“중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)”의 정의】

이 특약에서 있어서 “중환자실”(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)(이하 “중환자실”이라 합니다)이라 함은 의료법 제 36 조(준수사항) 제 1 호 및 동법 시행규칙 제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다.

제 2-1 조의 6 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의사에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란

하여 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 경우도 포함합니다.

(요양병원)

의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 및 동법 제3조의2(병원등)에서 규정한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

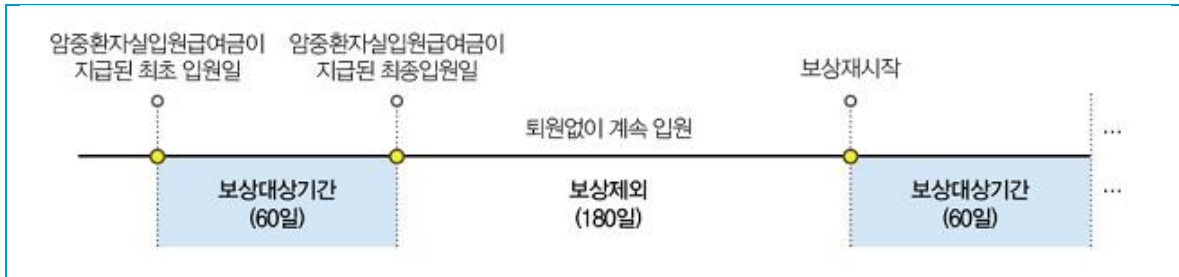
회사는 「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 때」 또는 「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 때」 보험수익자에게 약정한 암중환자실입원급여금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1회 입원당 지급일수 60일 한도 내에서 지급함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 암중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고, 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 암중환자실입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 암중환자실입원급여금을 지급합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 암중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제2-1조의6(“입원”의 정의와 장소)에 따라 「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 요양병원 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 때」 또는 「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 요양병원 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 때」도 이 약관에 따라 암중환자실입원급여금을 지급합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 중환자실입원확인서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 “암보장개시일”이라 하며 회사는 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
- 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에

다른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

- 1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회

- 사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우 (“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암 중환자실 입원급여금	「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 때」 또는 「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 때」	입원 1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 60일 한도)

주)

1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
암중환자실입원급여금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후

한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다..

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수

없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암직접치료입원(요양병원제외)특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 및 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일이 지난 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당암직접치료입원(요양병원제외)특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 5 【“입원”의 정의와 장소 및 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료”의 정의】... 3	
제 2 관 보험금의 지급 등.....	5
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	5
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	5
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	5
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	6
제 2-5 조 【사고증명서】.....	6
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	7
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	7
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	8
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	8
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	8
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	8
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	9
제 2-12 조 【해약환급금】.....	9
제 5 관 기타사항.....	9
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	9
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	10
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	11
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	12
(별표 3) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외).....	14
(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표.....	16

무배당암직접치료입원(요양병원제외)특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물
(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”
에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물
(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

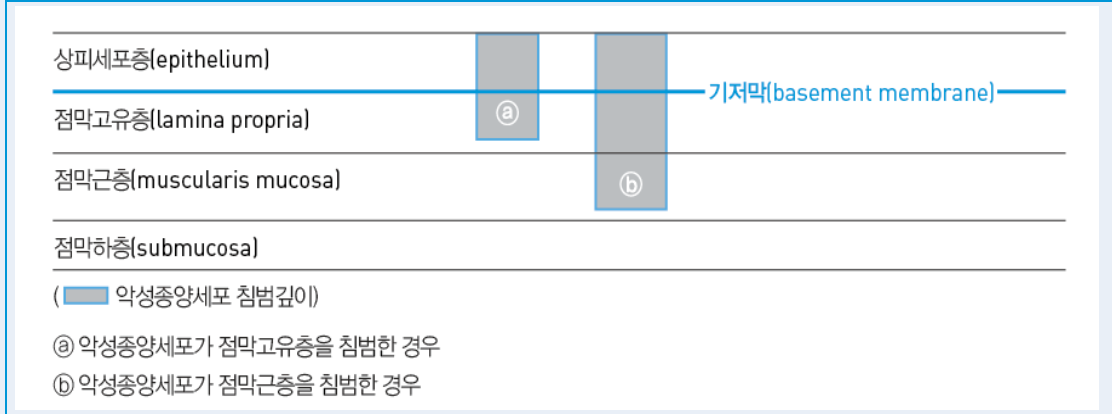
- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어
C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악
성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(별표3 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표4 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 5 【“입원”의 정의와 장소 및 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규

정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 중 요양병원을 제외한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”라 함은 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”을 제거하거나 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 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)를 말합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”에는 항암방사선 치료, 항암화학치료, “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”을 제거하거나 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합 치료 등이 포함됩니다.

④ 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않는 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 ‘면역력 강화 치료’
3. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료’
4. 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명치료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

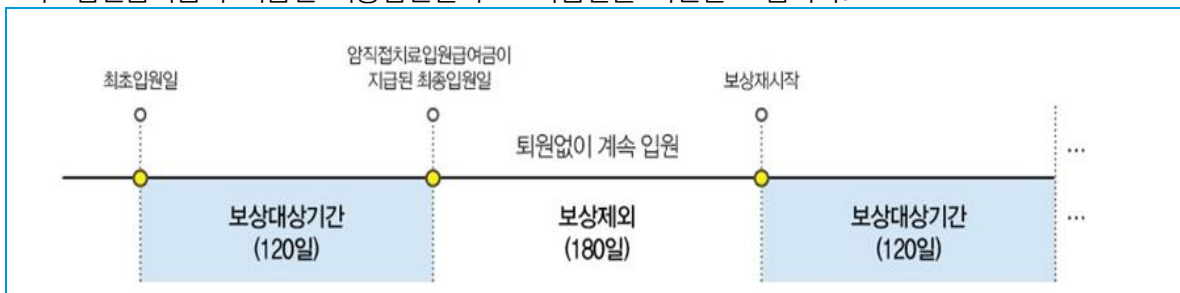
회사는 「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때 보험수익자에게 약정한 암직접치료입원급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1회 입원당 지급일수 120일 한도 내에서 지급하며 요양병원 입원은 보장에서 제외합니다).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 암직접치료입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고, 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 암직접치료입원급여금을 지급합

니다.

⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속 입원하는 것을 뜻합니다.

⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원급여금을 지급하며 암직접치료입원급여금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원급여금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 요양병원에 입원하는 경우에는 암직접치료입원급여금은 지급되지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 진료확인서 또는 입원확인서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확인) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우 (“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암 직접치료 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때 (다만, 요양병원 입원 제외)	입원일수 1일당 아래금액 지급 암 : 특약 보험가입금액 기타피부암 : 특약 보험가입금액 갑상선암 : 특약 보험가입금액 제자리암 : 특약 보험가입금액 경계성종양 : 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

주)

1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “기타피부암” 또는 “갑상선암”에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 보험금은 지급하고 “갑상선암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
4. 암직접치료입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
5. 요양병원에 입원하는 경우에는 암직접치료입원급여금은 지급되지 않습니다.
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
암직접치료입원급여금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공사이율의 50% 1년초과기간 : 평균공사이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

Ⅰ. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암직접치료입원(요양병원제외)특약 A1

_소액암제외

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 및 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 90일이 지난 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미

경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당암직접치료입원(요양병원제외)특약 A1_소액암제외 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소 및 “암의 직접적인 치료”의 정의】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	4
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	4
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	5
제 2-5 조 【사고증명서】.....	5
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	5
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	5
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	5
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	6
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	6
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	6
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	7
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	7
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	7
제 2-12 조 【해약환급금】.....	7
제 5 관 기타사항.....	8
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	8
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	9
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	10
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	11

무배당암직접치료입원(요양병원제외)특약A1_소액암제외 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물
(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”
에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물
(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

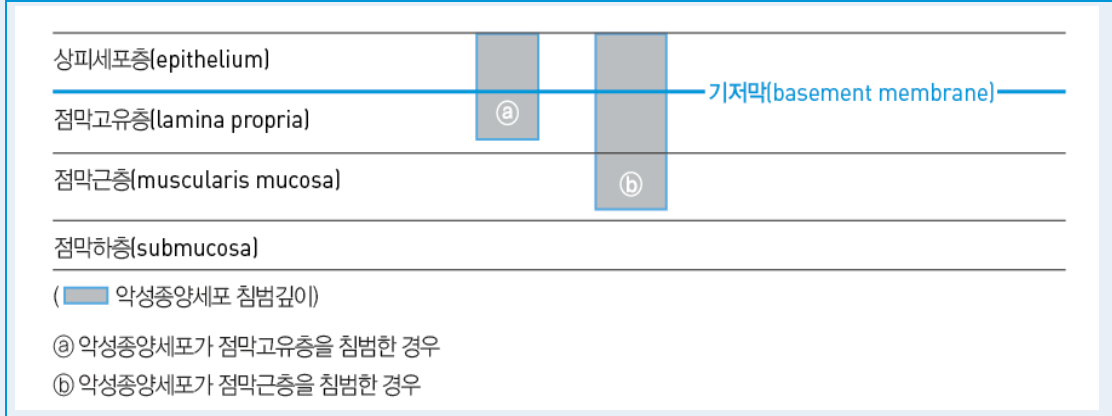
- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어
C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악
성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소 및 “암의 직접적인 치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관 중 요양병원을 제외한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 “암의 직접적인 치료”라 함은 “암”을 제거하거나 “암”의 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)를 말합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

- ③ 제1항의 “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, “암”을 제거하거나 “암”의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ④ 제1항의 “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않는 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. “암”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
 1. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 ‘면역력 강화 치료’
 3. “암”의 제거 또는 “암”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 “암”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료’
 4. 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명치료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일

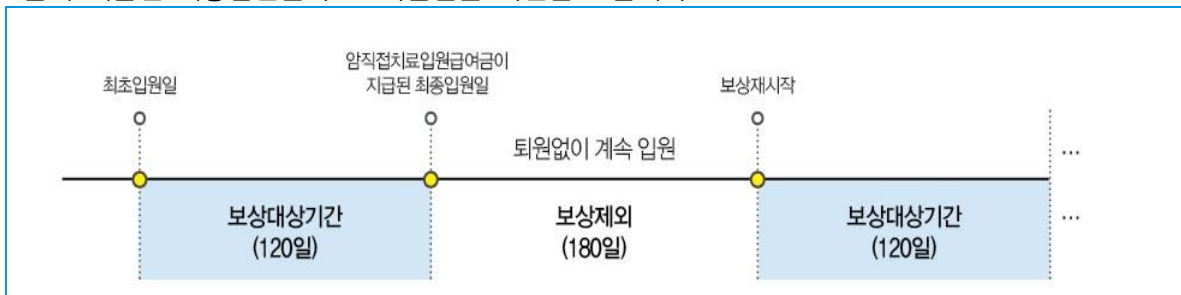
(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때 보험수익자에게 약정한 암직접치료입원급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1회 입원당 지급일수 120일 한도 내에서 지급하며 요양병원 입원은 보장에서 제외합니다).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 암직접치료입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 암의 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고, 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나, 암에 의한 입원이라도 암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 암직접치료입원급여금을 지급합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 요양병원에 입원하는 경우에는 암직접치료입원급여금은 지급되지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 진료확인서 또는 입원확인서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의

사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “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: 가족관계등

록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암 직접치료 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때 (다만, 요양병원 입원 제외)	입원일수 1일당 아래금액 지급 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

주)

1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암직접치료입원급여금은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 암직접치료입원급여금이 지급됩니다.
4. 암직접치료입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
5. 요양병원에 입원하는 경우에는 암직접치료입원급여금은 지급되지 않습니다.
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
암직접치료입원급여금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당암통원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 및 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당간편암통원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 5 【“통원”의 정의와 장소 및 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료”의 정의】... 3	
제 2 관 보험금의 지급 등.....	4
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	5
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	5
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	5
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	5
제 2-5 조 【사고증명서】.....	5
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	6
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	6
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	7
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	7
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	7
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	8
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	8
제 2-12 조 【해약환급금】.....	8
제 5 관 기타사항.....	8
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	8
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	10
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	11
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	12
(별표 3) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외).....	14
(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표.....	16

무배당암통원특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물
(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”
에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물
(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

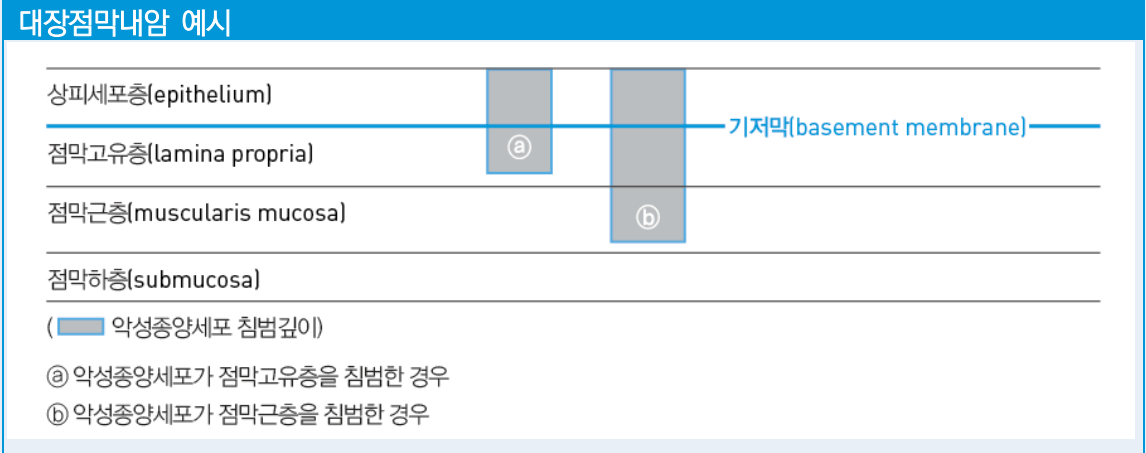
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어
C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악
성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물분류표(별표3 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제2항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표4 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제2항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 5 【“통원”의 정의와 장소 및 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”라 함은 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”을 제거하거나 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 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)를 말합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”에는 항암방사선 치료, 항암화학치료, “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”을 제거하거나 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합 치료 등이 포함됩니다.

④ 제1항의 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않는 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 ‘면역력 강화 치료’
3. “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 제거 또는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”이나 그 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명치료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때」 또는 「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때」 보험수익자에게 약정한 암직접치료통원자금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 통원확인서, 진료확인서, 진료비세부내역서, 처방전 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 “계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 “암보장개시일”이라 하며 회사는 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
암 직접치료 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때	암 : 특약 보험가입금액 기타피부암 : 특약 보험가입금액 갑상선암 : 특약 보험가입금액 제자리암 : 특약 보험가입금액 경계성종양 : 특약 보험가입금액 (통원1회당)

주)

1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “기타피부암” 또는 “갑상선암”에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 보험금은 지급하고 “갑상선암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
암직접치료통원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공사이율의 50% 1년초과기간 : 평균공사이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

Ⅰ. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당요양병원암입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 및 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에

따르지 않은 때에는 요양병원암입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당요양병원암입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】.....	3
제 2-1 조의 5 【“요양병원”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 6 【“입원”의 정의와 장소】.....	4
제 2 관 보험금의 지급 등.....	4
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	4
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	5
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	5
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	6
제 2-5 조 【사고증명서】.....	6
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	7
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	7
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	7
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	7
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	8
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	8
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	8
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	9
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	9
제 2-12 조 【해약환급금】.....	9
제 5 관 기타사항.....	9
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	10
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	11
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	12
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	13
(별표 3) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외).....	15
(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표.....	17

무배당요양병원암입원특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물
(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암
및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항
에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or
condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에
따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이
확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도
C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시
점으로 변경되지 않습니다.

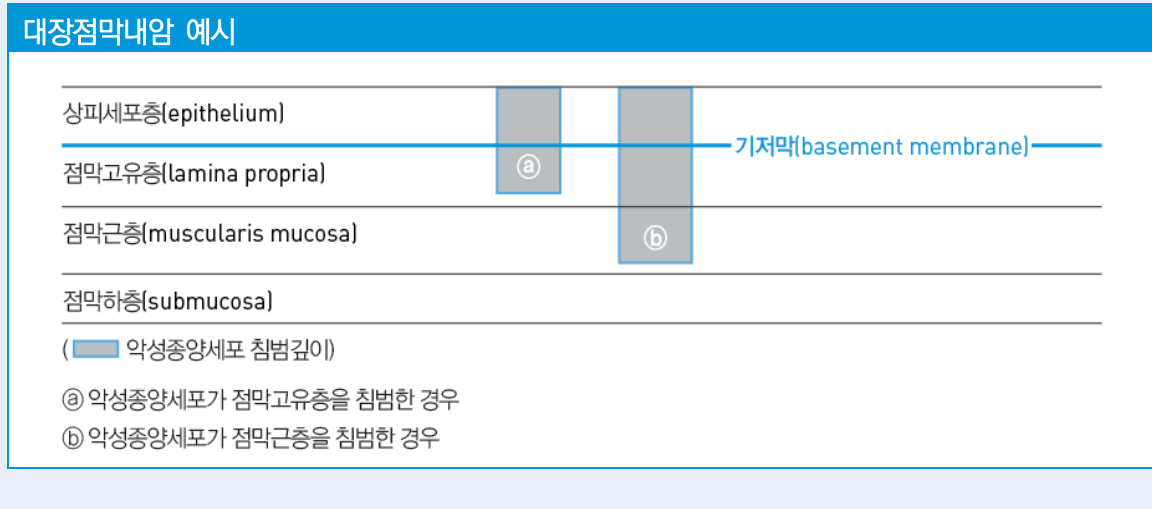
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어
C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악
성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(별표3 “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 4 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표4 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 그러나 제 2 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 5 【“요양병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 및 동법 제3조의2(병원등)에서 규정한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 “요양병원”이라 합니다)을 말합니다.

(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 임신부 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(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다) 마. 정신병원 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

(의료법 제3조2(병원등))

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제 2-1 조의 6 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단 후 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원에 계속 입원하였을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원에 계속 입원하였을 때 보험수익자에게 약정한 해당 요양병원암입원비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 입원

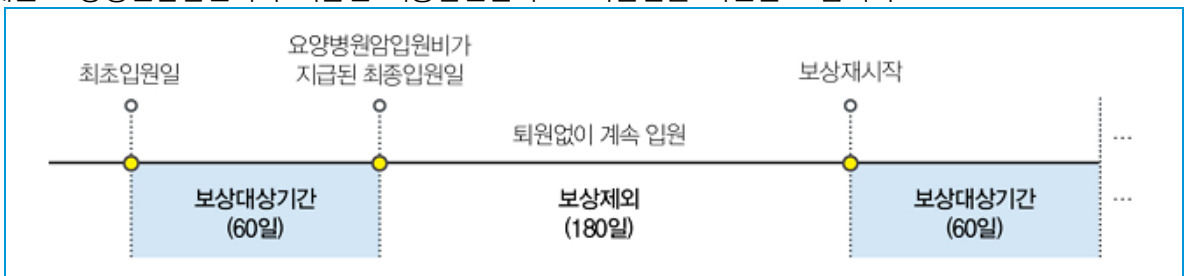
일수 1일당 지급하며, 1회 입원당 60일 한도 내에서 지급합니다).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

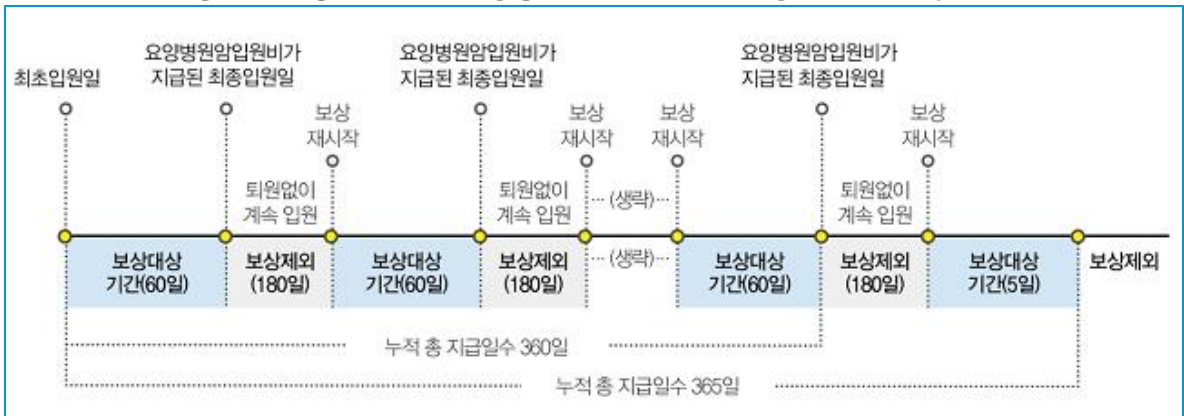
- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 요양병원암입원비의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고, 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 요양병원암입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 요양병원암입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 요양병원암입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원의 경우, 이 특약의 계약일부터 지급된 요양병원암입원비의 누적 총 지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원비는 더 이상 지급되지 않습니다.



- ⑤ 제4항에도 불구하고 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양이 완치된 이후 재진

단확정 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않고 새로운 질병으로 봅니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에서 제4항의 규정에 따라 요양병원암입원비를 계속 지급합니다.

⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.

⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 요양병원암입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 보험금 지급사유가 발생할 경우 “기타피부암” 및 “갑상선암”에 해당하는 요양병원암입원비를 지급하고 암에 해당하는 요양병원암입원비는 지급되지 않습니다.

⑪ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 요양병원암입원비를 지급하며 요양병원암입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원암입원비를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 진료확인서, 입원확인서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

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

- 1. 계약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우

(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
요양병원 암입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원에 계속 입원하였을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원에 계속 입원하였을 때	입원일수1일당 아래금액 지급 암 : 특약 보험가입금액 기타피부암: 특약 보험가입금액 갑상선암 : 특약 보험가입금액 제자리암 : 특약 보험가입금액 경계성종양: 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 60일 한도)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
3. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 보험금 지급사유가 발생할 경우 “기타피부암” 및 “갑상선암”에 해당하는 요양병원암입원비를 지급하고 암에 해당하는 요양병원암입원비는 지급되지 않습니다.
4. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 요양병원암입원비를 지급하고 “갑상선암”에 해당하는 요양병원암입원비는 지급되지 않습니다.
5. 요양병원암입원비의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 다만 동일한 질병에 의한 입원의 경우, 이 특약의 계약일부부터 지급된 요양병원암입원비의 누적 총 지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원비는 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
요양병원암입원비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공사이율의 50% 1년초과기간 : 평균공사이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

Ⅰ. 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 “대장점막내암”은 제외됩니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로

볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주)

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당요양병원암입원특약 A1_소액암제외

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 보험계약일 및 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질환을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에

따르지 않은 때에는 요양병원암입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당요양병원암입원특약 A1_소액암제외 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 5 【“요양병원”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 6 【“입원”의 정의와 장소】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	4
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	4
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	4
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	5
제 2-5 조 【사고증명서】.....	6
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	6
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	6
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	7
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	7
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	7
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	8
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	8
제 2-12 조 【해약환급금】.....	8
제 5 관 기타사항.....	9
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	9
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	10
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	11
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	12

무배당요양병원암입원특약 A1_소액암제외 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “기타피부암”, 제3항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

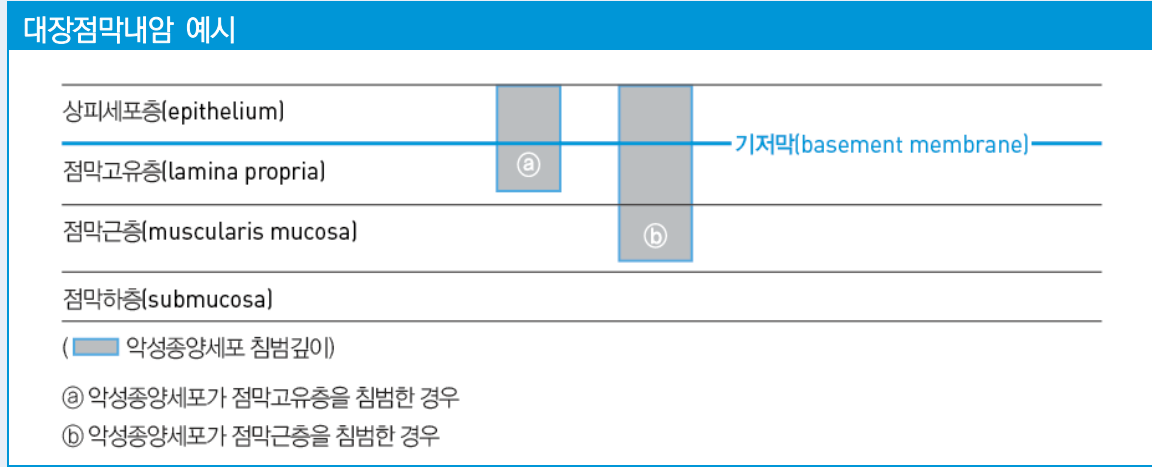
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제5항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 5 【“요양병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 및 동법 제3조의2(병원등)에서 규정한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 “요양병원”이라 합니다)을 말합니다.

(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 임산부 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(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

(의료법 제3조2(병원등))

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 “병원등”이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제 2-1 조의 6 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암 진단 후 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

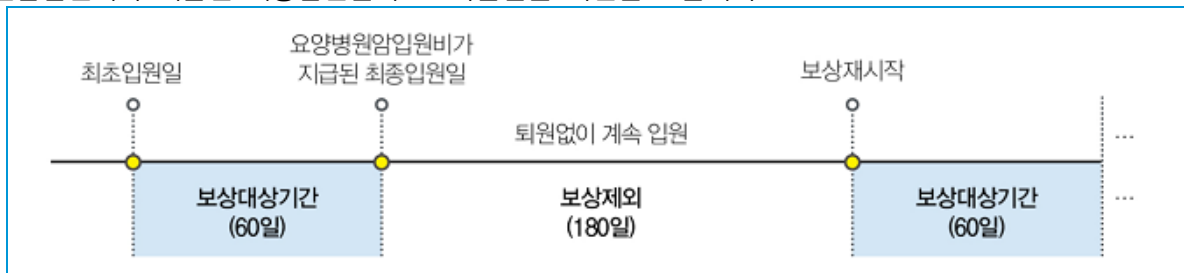
피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원에 계속 입원하였을 때 보험수익자에게 약정한 해당 요양병원암입원비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 입원일수 1일당 지급하며, 1회 입원당 60일 한도 내에서 지급합니다).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

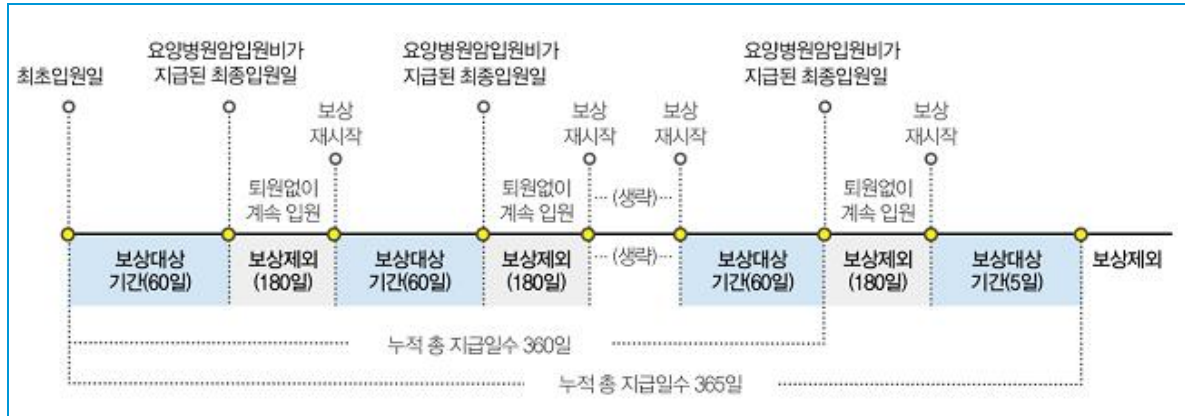
- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 요양병원암입원비의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 하여 계속 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고, 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나, 암에 의한 입원이라도 요양병원암입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 요양병원암입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 요양병원암입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제3항에도 불구하고 암에 의한 입원의 경우, 이 특약의 계약일부터 지급된 요양병원암입원비의 누적 총 지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 암으로 인한 요양병원암입원비는 더 이상 지급되지 않습니다.



- ⑤ 제4항에도 불구하고 암이 완치된 이후 재진단확정 받는 경우에는 동일한 암으로 보지 않고 새로운 암으로 봅니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에서 제4항의 규정에 따라 요양병원암입원비를 계속 지급합니다.
- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암으로 인하여 암의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
- ⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 요양병원암입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑩ 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단확정 및 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여도 요양병원암입원비는 지급되지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 진료확인서, 입원확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로

변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대

출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 계약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
요양병원 암입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원에 계속 입원하였을 때	입원일수1일당 아래금액 지급 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 60일 한도)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일 및 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
3. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단확정 및 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여도 요양병원암입원비는 지급되지 않습니다.
4. 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 요양병원암입원비가 지급됩니다.
5. 요양병원암입원비의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 다만 동일한 질병에 의한 입원의 경우, 이 특약의 계약일부터 지급된 요양병원암입원비의 누적 총 지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원비는 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
요양병원암입원비 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

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

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당응급실내원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 목차

무배당응급실내원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“응급실”의 정의와 장소】.....	1
제 2-1 조의 3 【“응급환자”의 정의】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	2
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	3
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	4
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	4
제 2-12 조 【해약환급금】.....	4
제 5 관 기타사항.....	5
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】.....	5
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	6
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	7
(별표 2) 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제 2 조(응급환자).....	8

무배당응급실내원특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“응급실”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “응급실”이라 함은 응급의료에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 5 호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제 35 조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 규정한 시장·군수·구청장에게 신고된 의료기관을 말합니다(이하 “응급실”이라 합니다).

제2-1조의3 【“응급환자”의 정의】

이 특약에 있어서 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제 2 조(응급환자)(별표 2 “응급의료에 관한 법률 시행규칙 제 2 조(응급환자)” 참조)에서 정하는 자로 “응급증상 및 이에 준하는 증상” 또는 “응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상”이 있는 자를 말합니다(이하 “응급환자”이라 합니다).

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “응급환자”로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때, 보험 수익자에게 약정한 응급실내원진료비(응급)(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다. (다만, 내원 1 회당 지급)

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 응급실에 내원하여 진료를 받았으나, “응급환자”에 해당되지 않은 경우에는 응급실내원진료비(응급)를 지급하지 않습니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진료비계산서, 진료비세부내역서, 응급실기록지 사본 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
응급실 내원진료비 (응급)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “응급환자”로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때 (내원 1 회당)	특약 보험가입금액

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. “응급환자”: 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제 2 조(응급환자)에서 정하는 자로 “응급증상 및 이에 준하는 증상” 또는 “응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상”이 있는 자
3. 보험금 지급기준표에서 응급실에 내원하여 진료를 받았으나, “응급환자”에 해당하지 않은 경우에는 응급실내원진료비(응급)를 지급하지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
응급실내원진료비(응급) (제2-2조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

응급의료에 관한 법률 시행규칙 제 2 조(응급환자)

응급의료에 관한 법률 제 2 조 제 1 호에서 “보건복지부령이 정하는 자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말합니다.

- 1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
- 2. 제 1 호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

※ 응급증상 및 이에 준하는 증상

① 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식 장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 소실
- 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

② 응급증상에 준하는 증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
- 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
- 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- 라. 출혈 : 혈관손상
- 마. 소아과적 응급증상 : 소아경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
- 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

무배당인공관절치환수술특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

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

■ 목차

무배당인공관절치환수술특약 A1 약관

- 제 1 편 일반사항..... 1
- 제 2 편 개별사항..... 1
- 제 1 관 용어의 정의 등..... 1
 - 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1
 - 제 2-1 조의 2 【“인공관절(고관절, 슬관절)수술”의 정의 및 진단확정】..... 1
- 제 2 관 보험금의 지급 등..... 2
 - 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 2
 - 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2
 - 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2
 - 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 2
 - 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3
- 제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 3
 - 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 3
 - 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 3
 - 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4
 - 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 4
 - 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 4
- 제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5
 - 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5
 - 제 2-12 조 【해약환급금】..... 5
- 제 5 관 기타사항..... 6
 - 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 6
- (별표 1) 보험금 지급기준표..... 7
- (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8
- (별표 2) 질병 및 재해분류표..... 9

무배당인공관절치환수술특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

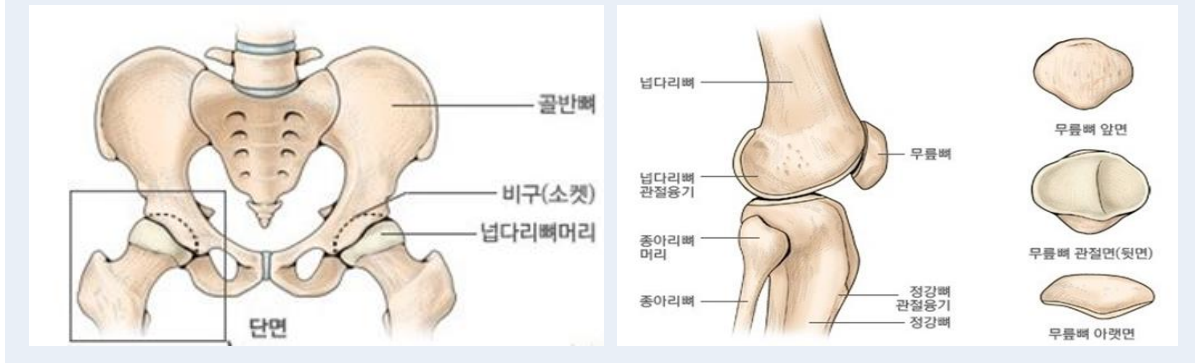
이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“인공관절(고관절, 슬관절)수술”의 정의 및 진단확정】

이 특약에 있어서 “인공관절(고관절, 슬관절)수술”이라 함은 질병 및 재해분류표(별표 2 “질병 및 재해분류표” 참조)에서 정한 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 손상된(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우) 고관절(엉덩이 관절) 또는 슬관절(무릎 관절)의 전부 또는 일부를 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 “인공관절”이라 함)을 삽입하여 치환함으로써 원래의 관절기능을 회복시켜 주는 ‘인공관절의 전체치환술 또는 부분치환술’을 말합니다. 다만, 신체 내에 금속 등을 삽입하여 관절을 고정하는 금속내고정술 또는 신체 외부에 철심 등을 사용하여 관절을 고정하는 외고정술 등은 보장에서 제외합니다.

(고관절 및 슬관절 설명)

고관절은 '엉덩이 관절'로 왼쪽과 오른쪽의 골반과 넓다리뼈가 연결되는 관절을 의미하며, 슬관절은 '무릎 관절'로 넓다리뼈, 정강이뼈의 안쪽과 바깥쪽 사이에 위치합니다.



제2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 인공관절(고관절, 슬관절) 수술을 받았을 때 보험수익자에게 약정한 인공관절(고관절, 슬관절) 수술비 (별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다(수술 1 회당).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 인공관절(고관절, 슬관절) 수술비의 경우 피보험자가 동시에 고관절(엉덩이 관절) 또는 슬관절(무릎 관절) 수술을 받았을 경우에는 해당 보험금을 각각 지급합니다.
- ③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 인공관절(고관절, 슬관절) 수술비의 경우 피보험자가 동시에 좌측 또는 우측의 관절(고관절 또는 슬관절)을 동시에 수술을 받았을 경우에는 해당 보험금을 각각 지급합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가

발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차

감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
인공관절(고관절, 슬관절) 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 인공관절(고관절, 슬관절) 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (수술 1회당)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 피보험자가 동시에 고관절(엉덩이 관절) 또는 슬관절(무릎 관절) 수술을 받았을 경우에는 해당 보험금을 각각 지급합니다.
3. 피보험자가 동시에 왼쪽 또는 오른쪽의 관절(고관절 또는 슬관절)을 동시에 수술을 받았을 경우에는 해당 보험금을 각각 지급합니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
인공관절(고관절, 슬관절) 수술비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

질병 및 재해분류표

1. 질병 및 재해의 정의

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2 조 제2 호에 규정한 제1 급감염병

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 질병 및 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 봅니다.

- 2. 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 또는 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 볼 수 있어 질병 진단확정 또는 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 질병 및 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

무배당입원간병인사용특약 A1_체증형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 질병 또는 재해로 입원하더라도 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에만 사용일수를 계산하여 보험금을 지급합니다. 간병인과 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날 또는 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

- 입원간병인사용급여금(요양병원제외)의 경우에는 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우에는 해당 급여금의 50%를 지급합니다.
- 간병인 사용금액 기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

■ 목차

무배당입원간병인사용특약 A1_체증형 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】.....	1
제 2-1 조의 4 【“요양병원”의 정의】.....	2
제 2-1 조의 5 【“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의】.....	2
제 2-1 조의 6 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	4
제 2 관 보험금의 지급 등.....	5
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	5
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	5
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	5
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	7
제 2-5 조 【사고증명서】.....	7
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	8
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	8
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	8
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	8
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	9
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	9
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	9
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	9
제 2-12 조 【해약환급금】.....	9
제 5 관 기타사항.....	10
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	10
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	11
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	13
(별표 2) 질병 및 재해Ⅱ 분류표.....	14

무배당입원간병인사용특약 A1_체증형 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의II】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 세부보장: 이 특약은 아래의 세부보장으로 구성되며, 가입한 세부보장에 한하여 보장하여 드립니다.

(세부보장)

1형(간병인사용(요양병원제외)), 2형(간병인사용(요양병원)), 3형(간호간병통합서비스)

제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 및 재해II 분류표(별표 2 “질병 및 재해II 분류표” 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“요양병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “요양병원”이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목 및 동법 제 3 조의 2(병원등)에서 규정한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 “요양병원”이라 합니다)을 말합니다.

(의료법 제 3 조(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 임산부 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(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

(의료법 제 3 조 2(병원등))

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제 2-1 조의 5 【“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “간병인”이라 함은 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제 3 조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병인 제공 서비스를 영위하여야 합니다.

(간병인의 주요 업무)

침대높낮이 조절, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ② 제 1 항의 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 의료기관에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제 4 항에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “간병인(을) 사용”이라 함은 제 1 항에서 정의한 간병인을 사용할 경우를 말합니다. 간병인 사용일수는 1 일을 기준으로 하며, 1 일당 8 시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1 일로 계산합니다. 8 시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로

로 합니다.

④ 이 특약에 있어서 “간호·간병통합서비스”라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

(의료법 제 4 조 2(간호·간병통합서비스 제공 등))

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

(의료법 시행규칙 제 1 조의 4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관))

① 법 제4조의2 제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원환자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표1의 2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제 2-1 조의 6 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제 2-1 조의 5(“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의)의 간호·간병통합서비스가 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- 1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 변경되어 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 3 호의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 - 3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제 2 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제 2 항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제 1 항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 세부보장별 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 1 형(간병인사용(요양병원제외))

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(별표 2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우에는 보험수익자에게 입원간병인사용급여금(요양병원제외)(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1 회 입원당 사용일수 180 일 한도, 간병인 사용금액이 1 일당 7 만원 미만인 경우 50% 지급).

2. 2 형(간병인사용(요양병원))

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(별표 2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우에는 보험수익자에게 입원간병인사용급여금(요양병원)(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1 회 입원당 사용일수 180 일 한도).

3. 3 형(간호간병통합서비스)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(별표 2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 받은 경우에는 보험수익자에게 입원간호·간병통합서비스사용급여금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1 회 입원당 사용일수 180 일 한도).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

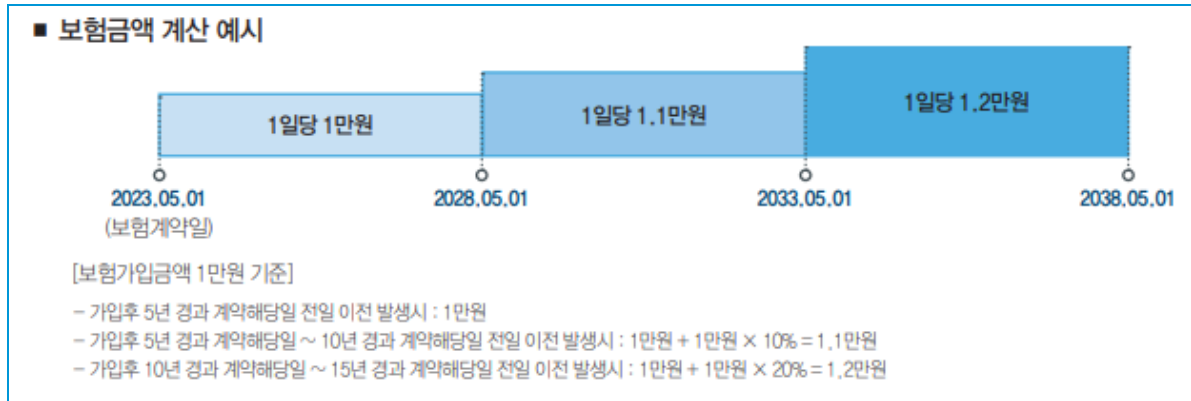
- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 각 호에서 사용일수란 의료기관에서 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 일수(이하 “사용일수”라 합니다)를 말합니다.
- ③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 1 호의 입원간병인사용급여금(요양병원제외)의 경우에는 간병인 사용금액이 1 일당 7 만원 미만인 경우에는 해당 급여금의 50%를 지급합니다.
- ④ 제 3 항의 간병인 사용금액 기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작

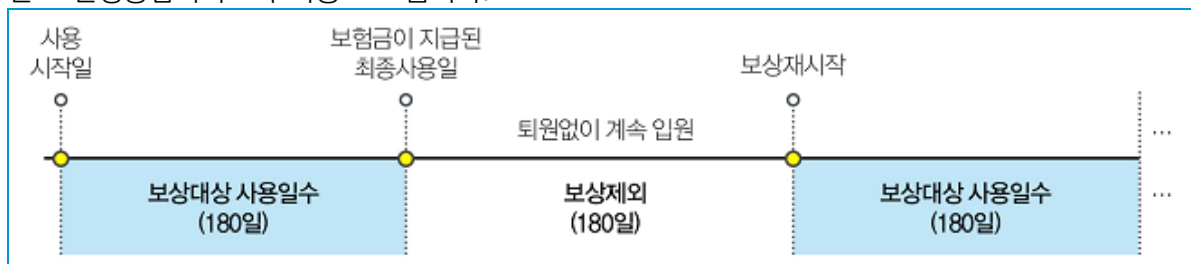
일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

⑤ 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 1 호, 제 2 호 및 제 3 호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생하여 보험수익자에게 지급하는 입원간병인사용급여금(요양병원제외) 또는 입원간병인사용급여금(요양병원), 입원간호·간병통합서비스사용급여금의 경우 계약일로부터 매 5 년 계약해당일마다 10%씩 최대 5 회 정액 할증하여 지급하여 드립니다.



⑥ 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 1 호, 제 2 호 및 제 3 호의 경우 각각 1 회 입원당 사용일수 180 일을 최고한도로 합니다.

⑦ 제 6 항의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보고 각 사용일수를 더하여 제 6 항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지난 후에 사용한 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우 해당 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지난 후 사용하는 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다.



⑧ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 6 항의 규정에 따라 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급합니다.

⑨ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원하더라도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 다만, 계속 입원하더라도 다음의 이전 또는 변경이 있을 경우 이전 또는 변경한 날부터 변경된 기준에 따라 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급합니다.

1. 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 요양병원으로 이전한 경우 또는 그 반

대의 경우

- 2. 간호·간병통합서비스 사용에서 간병인 사용으로 변경이 있는 경우 또는 그 반대의 경우
- ⑩ 질병 또는 재해로 입원하더라도 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에만 사용일수를 계산하여 보험금을 지급합니다. 간병인과 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날 또는 8 시간 미만으로 간병인을 사용한 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑪ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑫ 피보험자가 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
- ⑬ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서, 입원확인서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서 등”을 말합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 및 제 2 호에서 간병인을 사용한 경우 보험수익자 또는 계약자는 다음 각 호의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.
 - 1. 입원간병인 사용확인서(회사양식)
 - 2. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙 서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
 - 3. 사업자등록증
- ③ 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ④ 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 3 호에서 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 제 1 항의 사고증

명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 최초계약의 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금

산출방법서에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항과 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 1 형(간병인사용(요양병원제외))

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
입원간병인사용 급여금 (요양병원제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(약관 별표 2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 (단, 간병인 사용금액이 1 일당 7 만원 미만인 경우 50% 지급)	사용일수 1 일당 해당 보험가입금액의 100% (1 회 입원당 사용일수 180 일 한도) (5 년 마다 10%씩 최대 5 회 정액할증)

2. 2 형(간병인사용(요양병원))

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
입원간병인사용 급여금 (요양병원)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(약관 별표 2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우	사용일수 1 일당 해당 보험가입금액의 100% (1 회 입원당 사용일수 180 일 한도) (5 년 마다 10%씩 최대 5 회 정액할증)

3. 3 형(간호간병통합서비스)

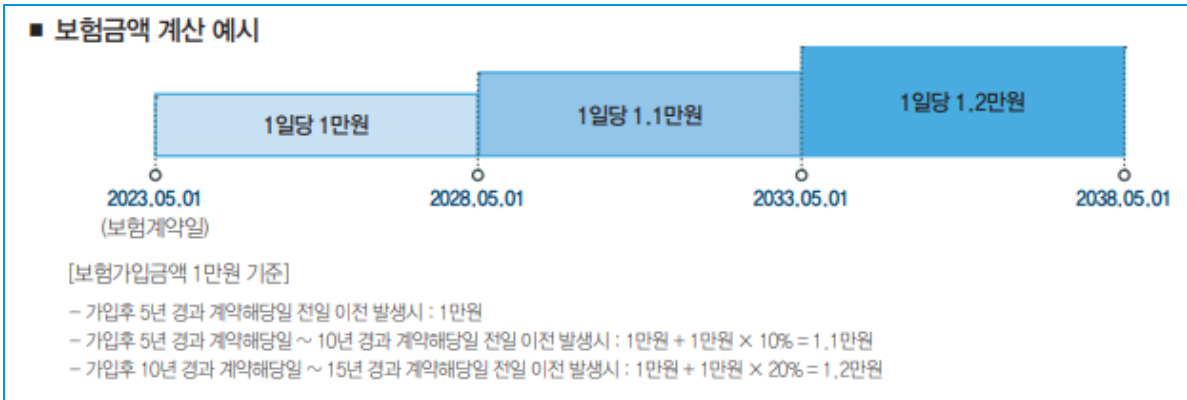
[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
입원간호·간병통합 서비스사용급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(약관 별표 2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우	사용일수 1 일당 해당 보험가입금액의 100% (1 회 입원당 사용일수 180 일 한도) (5 년 마다 10%씩 최대 5 회 정액할증)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

2. 약관 제2-1 조의5(“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의)에 따라 간호·간병 통합서비스는 간병인의 정의에서 제외되는 바, 간호·간병통합서비스 사용으로 보험금 지급사유 발생시 입원간호·간병통합서비스사용급여금을 지급하고 입원간병인사용급여금은 지급하지 않습니다.
3. 질병 또는 재해로 입원하더라도 간병인을 사용하지 않은 날(간병인을 8 시간 미만으로 사용한 경우 포함) 또는 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
4. 입원간병인사용급여금(요양병원제외)의 경우 간병인 사용금액이 1 일당 7 만원 미만인 경우에는 해당 급여금의 50%를 지급합니다.
5. 간병인 사용금액 기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
6. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료 일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.
7. 입원간병인사용급여금(요양병원제외) 또는 입원간병인사용급여금(요양병원), 입원간호·간병통합서비스사용급여금의 경우 계약일로부터 매 5 년 계약해당일마다 10%씩 최대 5 회 정액 할증하여 지급하여 드립니다.



(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
입원간병인사용급여금(요양병원제외), 입원간병인사용급여금(요양병원), 입원간호·간병통합서비스 사용급여금 (제 2-2 조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내: 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

질병 및 재해 II 분류표

1. 질병 및 재해의 정의

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 질병 및 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병(다만, F00~F03, F05.1 은 제외)
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 봅니다.

- 2. 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 또는 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 볼 수 있어 질병 진단확정 또는 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 질병 및 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

무배당입원간병인사용특약 A1_평준형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 질병 또는 재해로 입원하더라도 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에만 사용일수를 계산하여 보험금을 지급합니다. 간병인과 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날 또는 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

- 입원간병인사용급여금(요양병원제외)의 경우에는 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우에는 해당 급여금의 50%를 지급합니다.
- 간병인 사용금액 기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

■ 목차

무배당입원간병인사용특약 A1_평준형 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】.....	1
제 2-1 조의 4 【“요양병원”의 정의】.....	2
제 2-1 조의 5 【“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의】.....	2
제 2-1 조의 6 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	4
제 2 관 보험금의 지급 등.....	5
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	5
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	5
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	5
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	6
제 2-5 조 【사고증명서】.....	7
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	7
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	7
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	7
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	8
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	8
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	8
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	9
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	9
제 2-12 조 【해약환급금】.....	9
제 5 관 기타사항.....	10
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	10
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	11
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	13
(별표 2) 질병 및 재해Ⅱ 분류표.....	14

무배당입원간병인사용특약 A1_평준형 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의II】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 세부보장: 이 특약은 아래의 세부보장으로 구성되며, 가입한 세부보장에 한하여 보장하여 드립니다.

(세부보장)

1형(간병인사용(요양병원제외)), 2형(간병인사용(요양병원)), 3형(간호간병통합서비스)

제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 및 재해II 분류표(별표 2 “질병 및 재해II 분류표” 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“요양병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “요양병원”이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목 및 동법 제 3 조의 2(병원등)에서 규정한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 “요양병원”이라 합니다)을 말합니다.

(의료법 제 3 조(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 임산부 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(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

(의료법 제 3 조 2(병원등))

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제 2-1 조의 5 【“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “간병인”이라 함은 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병인 제공 서비스를 영위하여야 합니다.

(간병인의 주요 업무)

침대높낮이 조절, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ② 제1항의 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 의료기관에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제4항에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “간병인(을) 사용”이라 함은 제1항에서 정의한 간병인을 사용할 경우를 말합니다. 간병인 사용일수는 1일을 기준으로 하며, 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로

합니다.

④ 이 특약에 있어서 “간호·간병통합서비스”라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

(의료법 제 4 조 2(간호·간병통합서비스 제공 등))

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

(의료법 시행규칙 제 1 조의 4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관))

① 법 제4조의2 제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원환자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표1의 2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제 2-1 조의 6 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제 2-1 조의 5(“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의)의 간호·간병통합서비스가 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- 1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 변경되어 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 3 호의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 세부보장별 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 1형(간병인사용(요양병원제외))

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해II 분류표(별표 2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우에는 보험수익자에게 입원간병인사용급여금(요양병원제외)(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도, 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 50% 지급).

2. 2형(간병인사용(요양병원))

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해II 분류표(별표 2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우에는 보험수익자에게 입원간병인사용급여금(요양병원)(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도).

3. 3형(간호간병통합서비스)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해II 분류표(별표 2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 받은 경우에는 보험수익자에게 입원간호·간병통합서비스사용급여금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도).

제2-2 조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

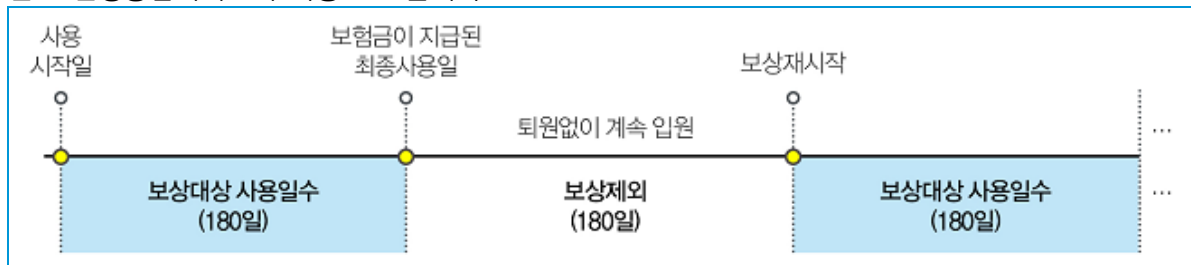
제2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유) 각 호에서 사용일수란 의료기관에서 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 일수(이하 “사용일수”라 합니다)를 말합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호의 입원간병인사용급여금(요양병원제외)의 경우에는 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우에는 해당 급여금의 50%를 지급합니다.
- ④ 제3항의 간병인 사용금액 기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작

일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호, 제2호 및 제3호의 경우 각각 1회 입원당 사용일수 180일을 최고한도로 합니다.

⑥ 제 5 항의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보고 각 사용일수를 더하여 제 5 항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지난 후에 사용한 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우 해당 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지난 후 사용하는 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다.



⑦ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 5 항의 규정에 따라 계속 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급합니다.

⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원하더라도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 다만, 계속 입원하더라도 다음의 이전 또는 변경이 있을 경우 이전 또는 변경한 날부터 변경된 기준에 따라 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급합니다.

1. 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 요양병원으로 이전한 경우 또는 그 반대의 경우
2. 간호·간병통합서비스 사용에서 간병인 사용으로 변경이 있는 경우 또는 그 반대의 경우

⑨ 질병 또는 재해로 입원하더라도 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에만 사용일수를 계산하여 보험금을 지급합니다. 간병인과 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날 또는 8 시간 미만으로 간병인을 사용한 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑫ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가

발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서, 입원확인서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서 등”을 말합니다.

② 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 및 제 2 호에서 간병인을 사용한 경우 보험수익자 또는 계약자는 다음 각 호의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. 입원간병인 사용확인서(회사양식)

2. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙 서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)

3. 사업자등록증

③ 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

④ 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 3 호에서 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 제 1 항의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 최초계약의 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인

경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우

2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항과 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 1 형(간병인사용(요양병원제외))

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
입원간병인사용 급여금 (요양병원제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(약관 별표 2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 (다만, 간병인 사용금액이 1 일당 7 만원 미만인 경우 50% 지급)	사용일수 1 일당 해당 보험가입금액의 100% (1 회 입원당 사용일수 180 일 한도)

2. 2 형(간병인사용(요양병원))

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
입원간병인사용 급여금 (요양병원)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(약관 별표 2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우	사용일수 1 일당 해당 보험가입금액의 100% (1 회 입원당 사용일수 180 일 한도)

3. 3 형(간호간병통합서비스)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
입원간호·간병통합 서비스사용급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(약관 별표 2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우	사용일수 1 일당 해당 보험가입금액의 100% (1 회 입원당 사용일수 180 일 한도)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1 조의5(“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의)에 따라 간호·간병 통합서비스는 간병인의 정의에서 제외되는 바, 간호·간병통합서비스 사용으로 보험금 지급사유 발생시 입원간호·간병통합서비스사용급여금을 지급하고 입원간병인사용급여금은 지급하지 않습니다.

3. 질병 또는 재해로 입원하더라도 간병인(간병인을 8 시간 미만으로 사용한 경우 포함) 또는 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
4. 입원간병인사용급여금(요양병원제외)의 경우 간병인 사용금액이 1 일당 7 만원 미만인 경우에는 해당 급여금의 50%를 지급합니다.
5. 간병인 사용금액 기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
6. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료 일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
입원간병인사용급여금(요양병원제외)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
입원간병인사용급여금(요양병원)	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
입원간호·간병통합서비스 사용급여금 (제 2-2 조)	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내: 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

질병 및 재해 II 분류표

1. 질병 및 재해의 정의

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2 조 제2 호에 규정한 제1 급감염병

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 질병 및 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병(다만, F00~F03, F05.1 은 제외)
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 봅니다.

- 2. 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 또는 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 볼 수 있어 질병 진단확정 또는 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 질병 및 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

무배당재정안정지원특약 A1_재해장해 _20%이상장해형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해약할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당재정안정지원특약 A1_재해장해_20%이상장해형 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 1

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 1

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 6

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】..... 6

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 7

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8

 (별표 2) 재해분류표..... 10

 (별표 3) 장해분류표..... 12

무배당재정안정지원특약A1_재해장해_20%이상장해형 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정
의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 재해 : (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장해 : (별표3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 여러 신체
부위의 장해지급률을 더하여 20%이상인 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 20%이
상재해장해생활비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한함.)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑪ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑫ 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 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 지급합니다.

⑬ 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 중 제2회 이후에 지급되는 20%이상재해장해생활비의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1-5조 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1 - 1)보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제2-3조의2 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 2-2조(보험금의 지급사유)에 따른 20%이상재해장해생활비의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다. 다만, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 「보험료를 산출할 때 적용하는 이율」을 연단위 복리로 할인한 금액과 비교하여 큰 금액을 지급합니다.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 20X1 년 1 월 1 일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6 천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3 년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
20X1 년 1 월 1 일	2 천만원
20X2 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
20X3 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “장해진단서 등”을

말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따라 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정에 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
20%이상 재해장해생활비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 20%이상인 장해상태가 되었을 때 (최초 1회한)	매월 재해장해생활비 지 급해당일 : 특약 보험가입금액 (60회 확정지급)

주)

1. 20%이상재해장해생활비는 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
2. “매월 재해장해생활비 지급해당일”은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 20%이상재해장해생활비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간		지 급 이 자
20%이상재해 장해생활비 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후의 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제 2 회 이후 20%이상재해 장해생활비 (제2-2조)	「제2회 이후 20%이상재해장해 생활비」 지급사유 발생해당일 의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 다음날부터	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1 년이내: 평균공시이율 의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

주)

- 제 2 회 이후 20%이상재해장해생활비는 회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
- 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급 하지 않습니다.
- 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되 지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에

대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

■ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로써 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 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 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 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 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활

에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

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

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 시력장해의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3 회 이상 측정한다.
- 2) ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)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 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주 1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주 2)} 상태를 포함한다.

※ 주 1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있을 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30 점 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(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 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 장해의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

- 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물 (죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
- 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
- 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
- 라) 1 개 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 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 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 장해를 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 장해를 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 장해를 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 장해는 1 년 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 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레

- 이 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 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 1/2 을 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
 - 가) 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 성인에 서는 8×10 cm(1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)로 간주 한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 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 정

- 상만곡을 고려하여 평가한다.
- 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 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 6 개월 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 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 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: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 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 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

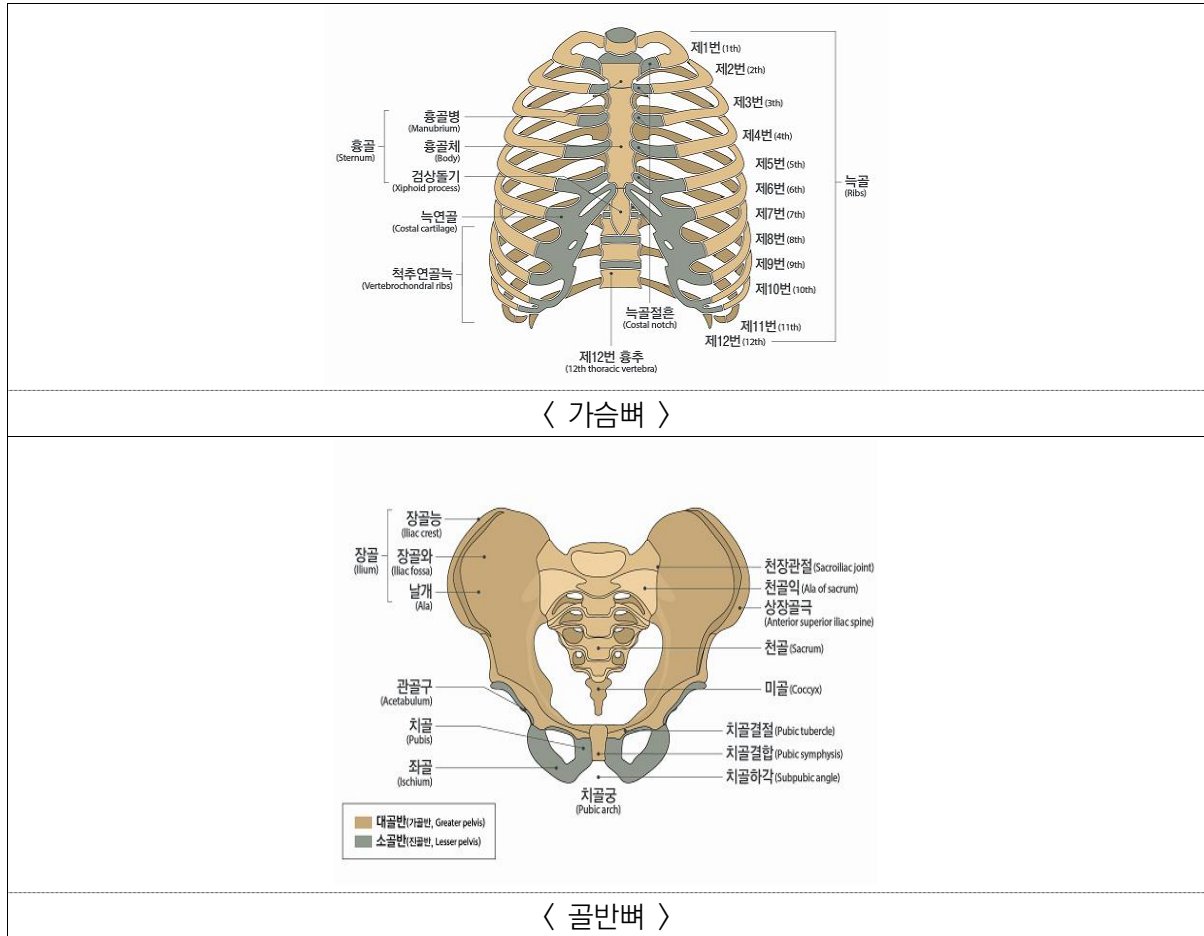
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 장해판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 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) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절^㉞이 남아 뚜렷한 장해를 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 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 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. 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) '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 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 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 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 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 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단 되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 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 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

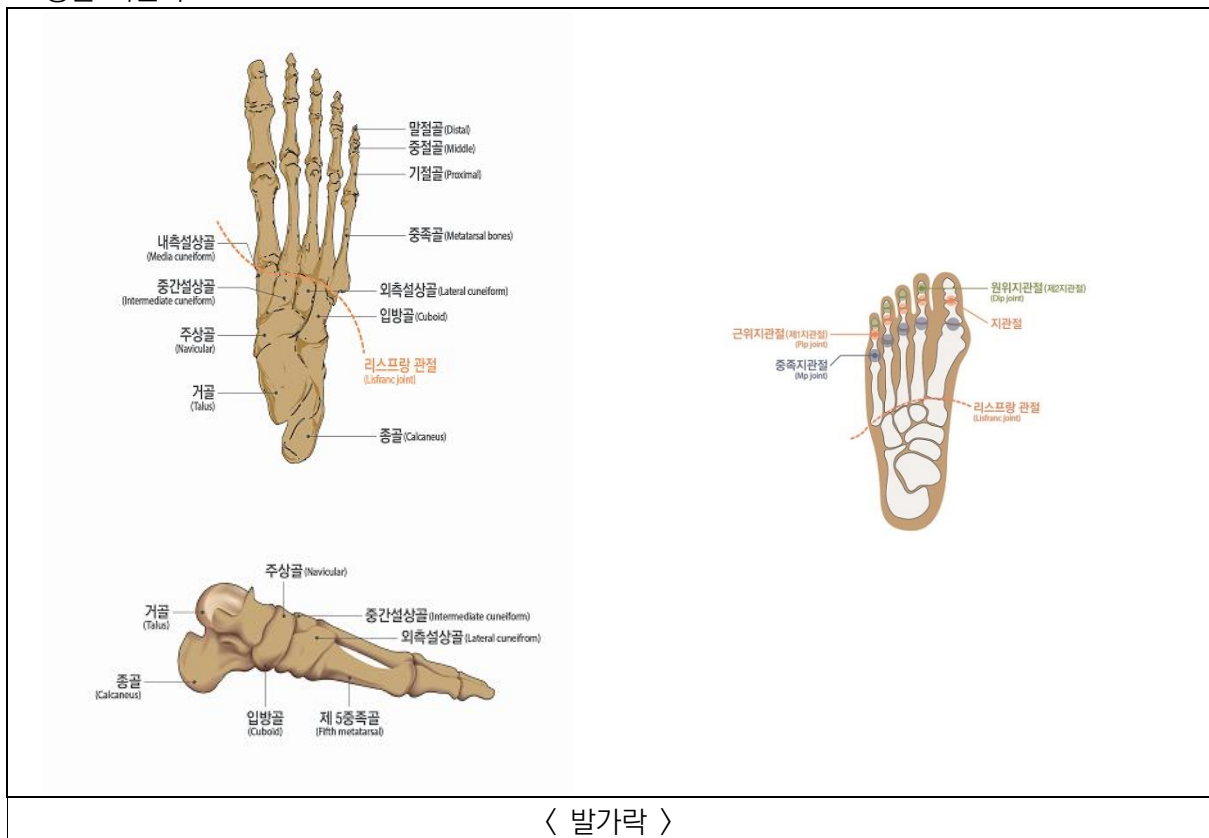
가. 장애의 분류

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) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	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 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

하된 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 5 점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2 점	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 인하여 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 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 12 개월 동안 지속적으로 치

료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 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 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

유형	제한 정도에 따른 지급률
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 사무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

무배당재정안정지원특약 A1_재해장해 _50%이상장해형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해약할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당재정안정지원특약 A1_재해장해_50%이상장해형 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 1

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 1

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 6

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】..... 6

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 8

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 9

(별표 2) 재해분류표..... 11

(별표 3) 장해분류표..... 13

무배당재정안정지원특약A1_재해장해_50%이상장해형 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정
의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 재해 : (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장해 : (별표3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 여러 신체
부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 50%이
상재해장해생활비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한함.)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 50%를 장해지급률로 합니다.
- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑪ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑫ 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 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 지급합니다.

⑬ 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 중 제2회 이후에 지급되는 50%이상재해장해생활비의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1-5조 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1 - 1)보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제2-3조의2 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 2-2조(보험금의 지급사유)에 따른 50%이상재해장해생활비의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다. 다만, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 「보험료를 산출할 때 적용하는 이율」을 연단위 복리로 할인한 금액과 비교하여 큰 금액을 지급합니다.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 20X1 년 1 월 1 일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6 천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3 년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
20X1 년 1 월 1 일	2 천만원
20X2 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
20X3 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “장해진단서 등”을

말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따라 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정에 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
50%이상 재해장해생활비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때 (최초 1회한)	매월 재해장해생활비 지 급해당일 : 특약 보험가입금액 (12회 확정지급)

주)

1. 50%이상재해장해생활비는 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
2. “매월 재해장해생활비 지급해당일”은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 50%이상재해장해생활비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간		지 급 이 자
50%이상재해 장해생활비 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후의 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제 2 회 이후 50%이상재해 장해생활비 (제2-2조)	「제2회 이후 50%이상재해장해 생활비」 지급사유 발생해당일 의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 다음날부터	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1 년이내: 평균공시이율 의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

주)

- 제 2 회 이후 50%이상재해장해생활비는 회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
- 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급 하지 않습니다.
- 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에

대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

■ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 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 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 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활

에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

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

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 시력장해의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3 회 이상 측정한다.
- 2) ‘교정시력’ 이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)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 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주 1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주 2)} 상태를 포함한다.

※ 주 1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있을 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

- 6) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.
- 12) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) ‘한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력 검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30 점 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(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 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 장해의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

- 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물 (죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1 개 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 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 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 장해를 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 장해를 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 장해를 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 장해는 1 년 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 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레

- 이 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 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 1/2 을 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
 - 가) 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 성인에 서는 8×10 cm(1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)로 간주 한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 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 정

상만곡을 고려하여 평가한다.

- 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 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 6 개월 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 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 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: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 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 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

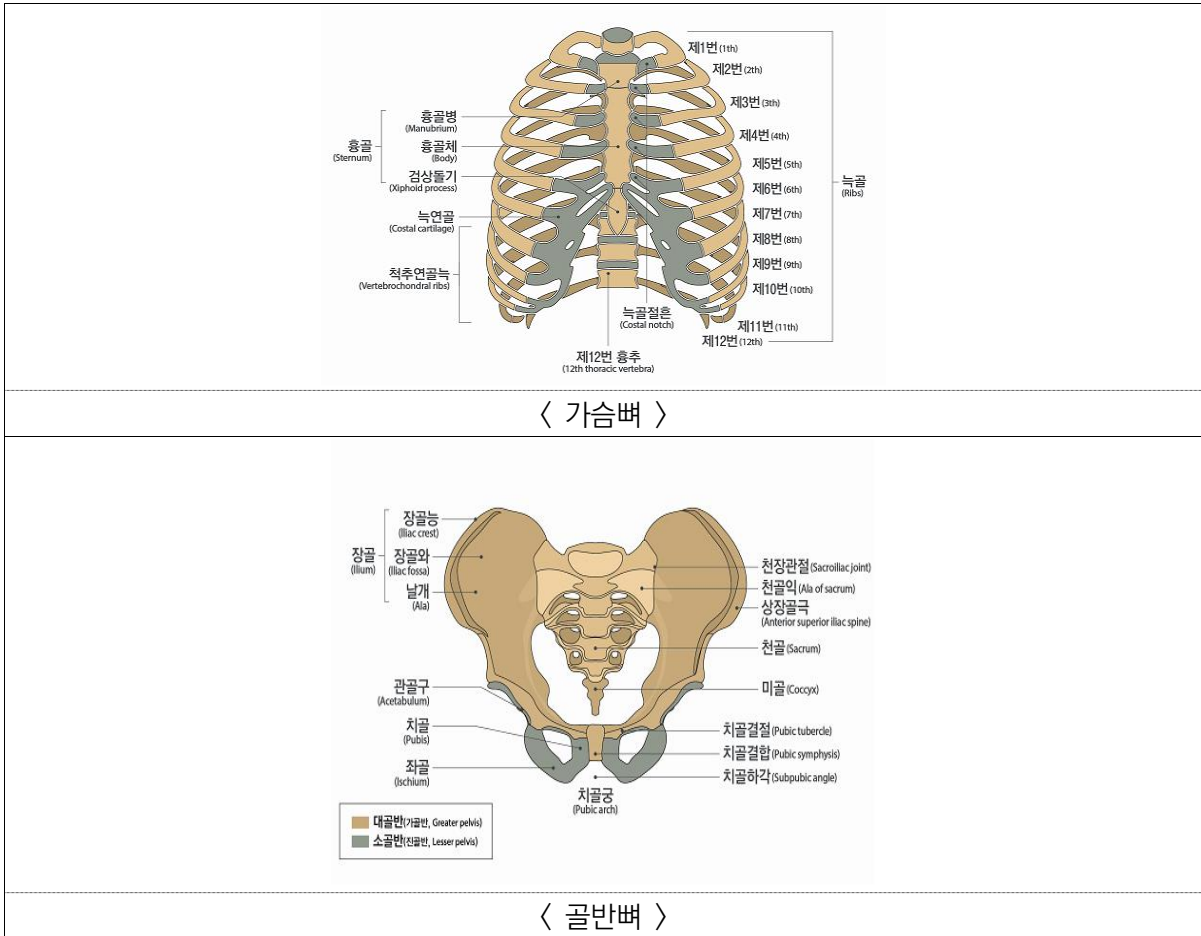
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 장해판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 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) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절^㉞이 남아 뚜렷한 장해를 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 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 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. 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) '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 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 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 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 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 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단 되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 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 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

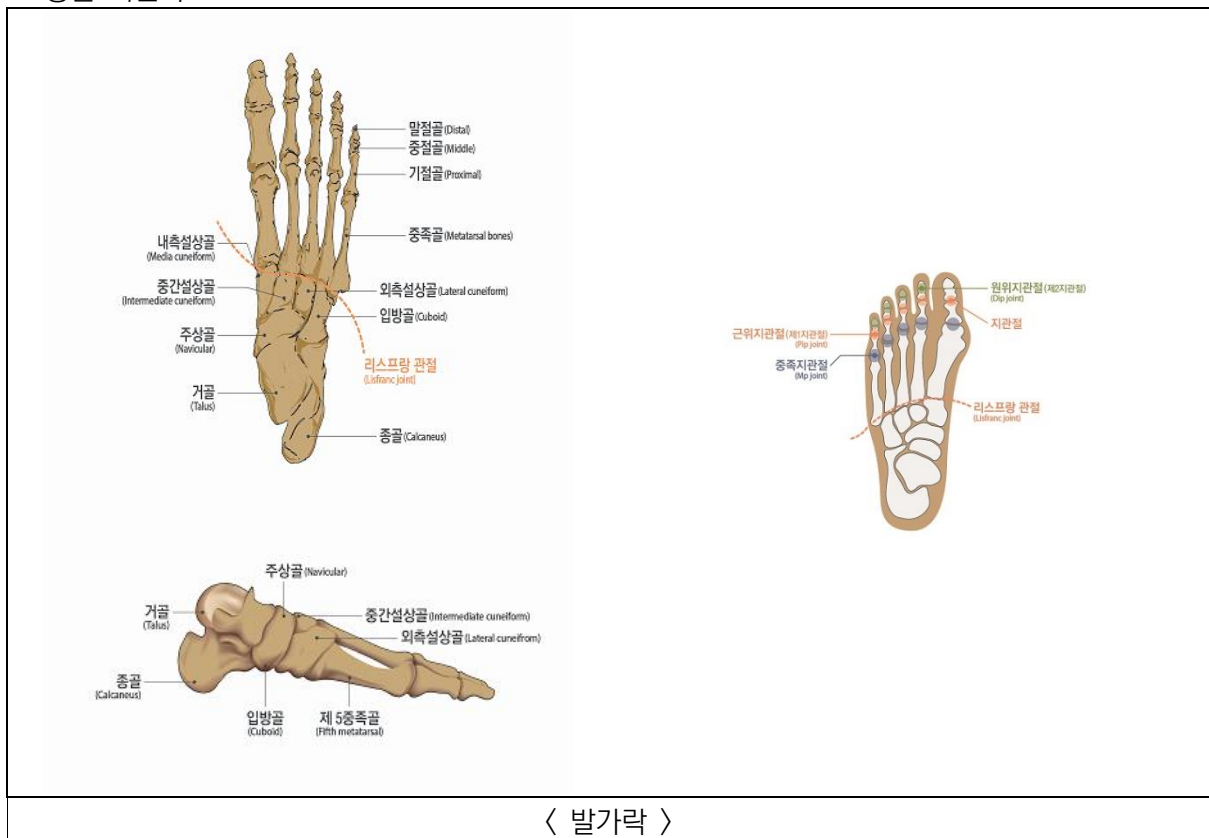
가. 장애의 분류

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) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	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 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

하된 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 5 점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2 점	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 인하여 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 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 12 개월 동안 지속적으로 치

료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 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 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

유형	제한 정도에 따른 지급률
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 사무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

무배당재정안정지원특약 A1_재해장해 _80%이상장해형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해약할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당재정안정지원특약 A1_재해장해_80%이상장해형 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 1

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 1

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 6

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】..... 6

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 8

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 9

(별표 2) 재해분류표..... 11

(별표 3) 장해분류표..... 13

무배당재정안정지원특약A1_재해장해_80%이상장해형 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정
의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 재해 : (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장해 : (별표3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 여러 신체
부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 80%이
상재해장해생활비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한함.)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 80%를 장해지급률로 합니다.
- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑪ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑫ 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 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 지급합니다.

⑬ 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 중 제2회 이후에 지급되는 80%이상재해장해생활비의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1-5조 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1 - 1)보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제2-3조의2 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따른 80%이상재해장해생활비의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다. 다만, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 「보험료를 산출할 때 적용하는 이율」을 연단위 복리로 할인한 금액과 비교하여 큰 금액을 지급합니다.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 20X1 년 1 월 1 일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6 천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3 년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
20X1 년 1 월 1 일	2 천만원
20X2 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
20X3 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “장해진단서 등”을

말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따라 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정에 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
80%이상 재해장해생활비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 때 (최초 1회한)	매월 재해장해생활비 지 급해당일 : 특약 보험가입금액 (24회 확정지급)

주)

1. 80%이상재해장해생활비는 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
2. “매월 재해장해생활비 지급해당일”은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 80%이상재해장해생활비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간		지 급 이 자
80%이상재해 장해생활비 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후의 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제 2 회 이후 80%이상재해 장해생활비 (제2-2조)	「제2회 이후 80%이상재해장해 생활비」 지급사유 발생해당일 의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 다음날부터	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1 년이내: 평균공시이율 의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

주)

- 제 2 회 이후 80%이상재해장해생활비는 회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
- 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급 하지 않습니다.
- 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되 지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에

대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

■ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 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 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 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활

에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

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

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 시력장해의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3 회 이상 측정한다.
- 2) ‘교정시력’ 이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)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 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주 1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주 2)} 상태를 포함한다.

※ 주 1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있을 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력 검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30 점 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(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 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 장해의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

- 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물 (죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1 개 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 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 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 장해를 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 장해를 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 장해를 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 1 년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레

- 이 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 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 1/2 을 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
 - 가) 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 성인에 서는 8×10 cm(1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)로 간주 한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 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 정

- 상만곡을 고려하여 평가한다.
- 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 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 6 개월 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 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 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: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 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 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

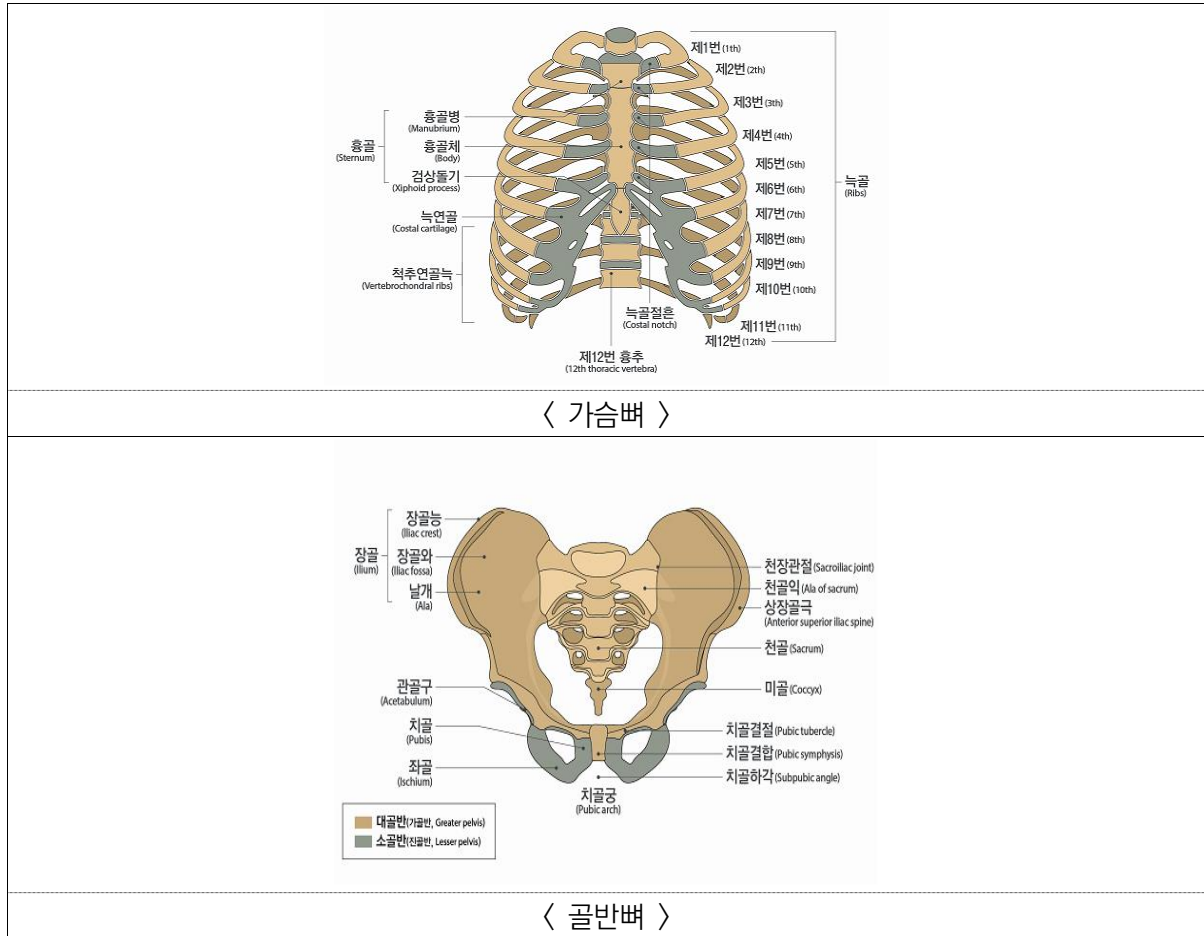
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 장해판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 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) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절^㉞이 남아 뚜렷한 장해를 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 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 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. 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) '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 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 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 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 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 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단 되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 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 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

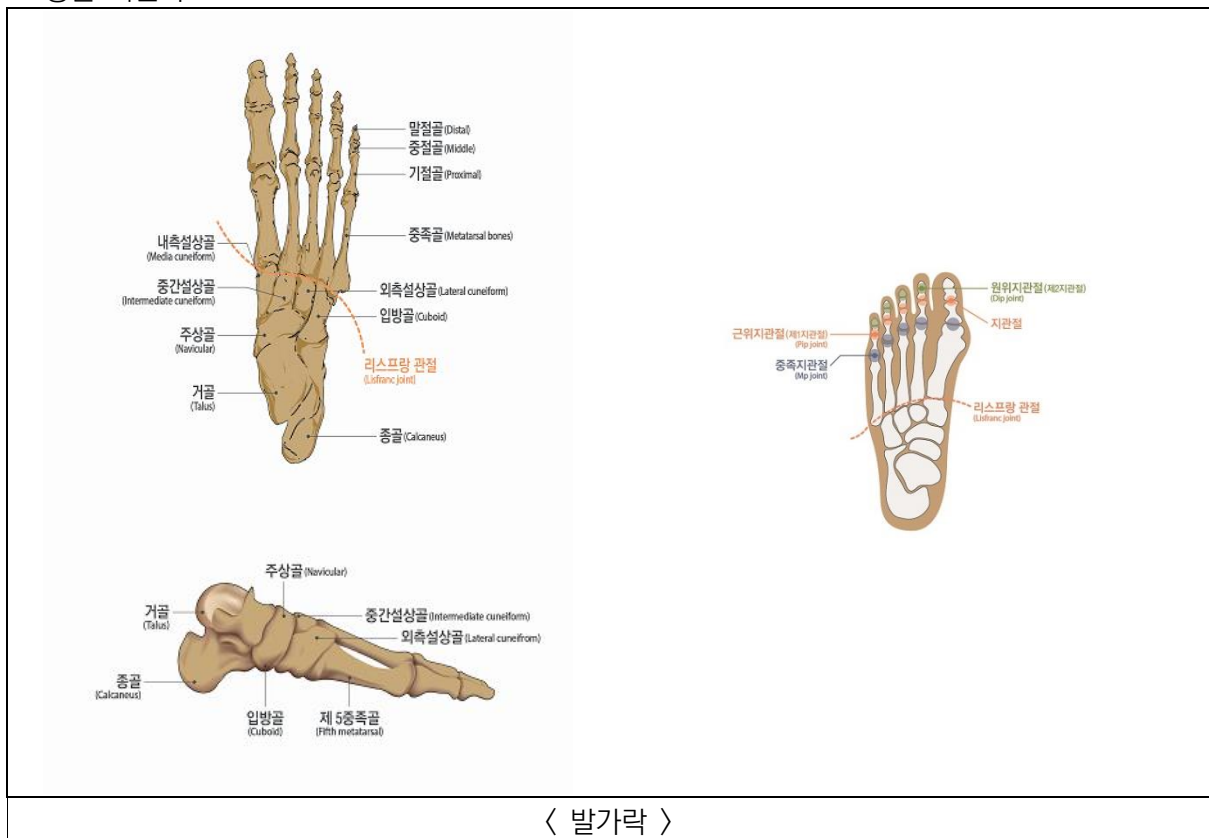
가. 장애의 분류

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) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	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 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 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. 장애판정기준

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

하된 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 5 점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2 점	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 인하여 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 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 12 개월 동안 지속적으로 치

료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 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 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

유형	제한 정도에 따른 지급률
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 사무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

무배당재정안정지원특약 A1_질병장해 _20%이상장해형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 질병관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당재정안정지원특약 A1_질병장해_20%이상장해형 약관

제 1 편 일반사항 1

제 2 편 개별사항 1

제 1 관 용어의 정의 등 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】 1

 제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】 1

제 2 관 보험금의 지급 1

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】 1

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】 2

 제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】 3

 제 2-5 조 【사고증명서】 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】 4

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】 5

 제 2-12 조 【해약환급금】 6

제 5 관 기타사항 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 6

 (별표 1) 보험금 지급기준표 7

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 8

 (별표 2) 장해분류표 10

 (별표 3) 재해분류표 33

무배당재정안정지원특약 A1_질병장해_20%이상장해형 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약의 부가시에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 장해 : (별표2) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
2. 재해 : (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 “질병”(재해 이외의 장해상태 발생 원인을 말합니다. 이하 “질병”이라 합니다.)으로 인하여 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 20%이상인 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 20%이상질병장해생활비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년 미

만에 동일한 질병을 원인으로 20% 이상인 장해상태가 되었을 때 50% 지급).

제2-2조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 질병을 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑨ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑩ 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 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 가지

급합니다.

① 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 중 제2회 이후에 지급되는 20%이상질병장해생활비의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1-5조 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1-1)보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제2-3조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따른 20%이상질병장해생활비의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다. 다만, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 「보험료를 산출할 때 적용하는 이율」을 연단위 복리로 할인한 금액과 비교하여 큰 금액을 지급합니다.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 20X1년 1월 1일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
20X1년 1월 1일	2천만원
20X2년 1월 1일	2천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
20X3년 1월 1일	2천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없

습니다.

- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하게 되었을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

- 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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급

형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
20%이상 질병장해생활비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 질병으로 인하여 장애분류표 중 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 20%이상인 장애상태가 되었을 때 (최초1회한)	매월 질병장해생활비 지급해당일 : 특약 보험가입금액 (60회 확정지급) (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 동일한 원인으로 20%이상인 장애상태가 되었을 때 매월 질병장해생활비 지급 해당일에 특약 보험가입금액의 50% 지급)

주)

1. 20%이상질병장해생활비는 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
2. “매월 질병장해생활비 지급해당일”은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 20%이상질병장해생활비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간		지 급 이 자
20%이상질병 장해생활비 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후의 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제 2 회 이후 20%이상질병 장해생활비 (제2-2조)	「제2회 이후 20%이상질병장해 생활비」 지급사유 발생해당일 의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 다음날부터	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1 년이내: 평균공시이율 의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

주)

1. 제 2 회 이후 20%이상질병장해생활비는 회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
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. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기

간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

장해분류표

■ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 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 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 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받

은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

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

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 시력장해의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3 회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주 1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주 2)} 상태를 포함한다.
 - ※ 주 1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주 2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를

평가한다.

- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 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 운동장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우

를 말한다.

- 3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력 검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가 실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30 점 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(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 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 장해의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

- 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물 (죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1 개 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 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 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 장해를 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 장해를 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 장해를 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 장해는 1 년 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 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레

- 이 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 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 1/2 을 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
 - 가) 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 성인에 서는 8×10 cm(1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)로 간주 한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 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 정

상만곡을 고려하여 평가한다.

- 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 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 6 개월 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 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 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: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 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 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

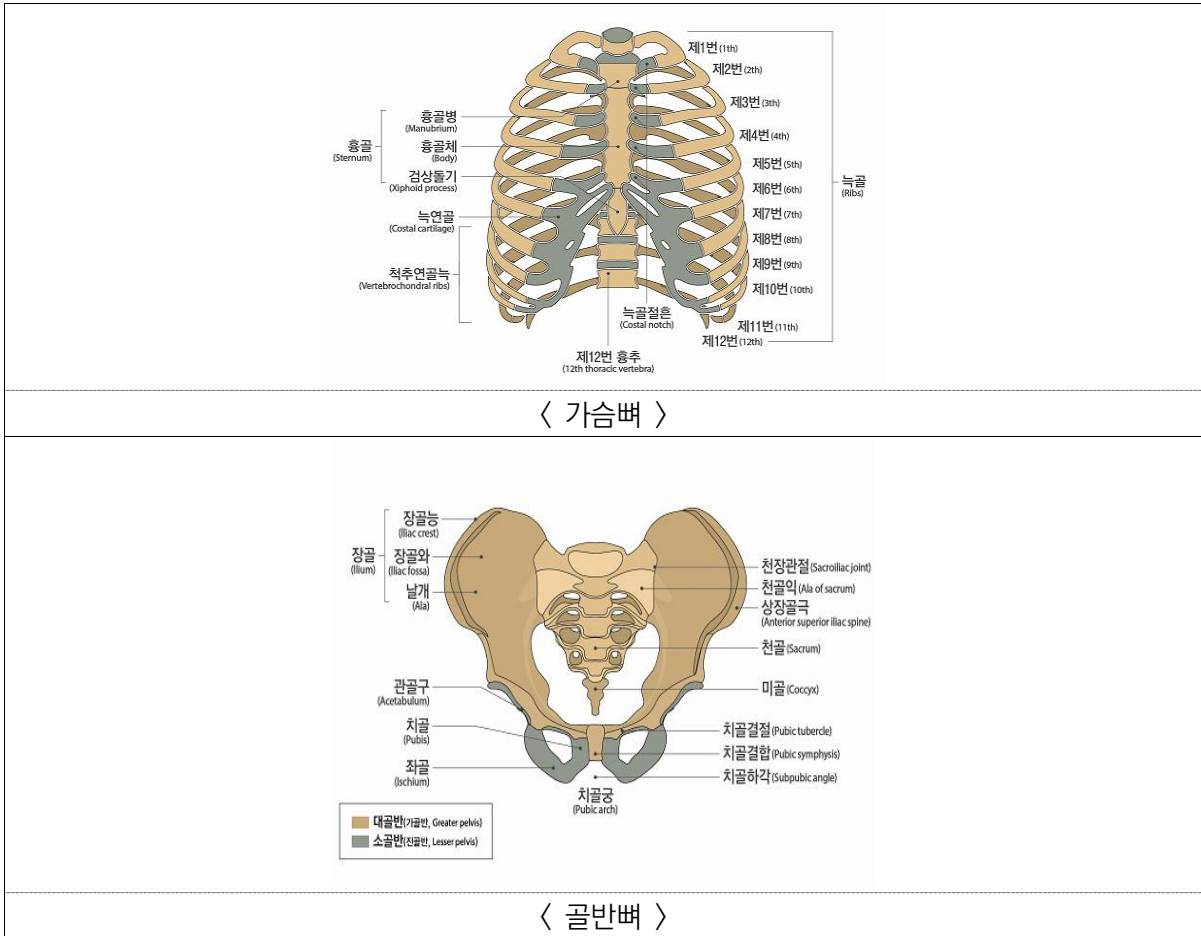
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 장해판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 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) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절^㉞이 남아 뚜렷한 장해를 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 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 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. 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) '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 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 손가락을 모두 잃었을 때	
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	55
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	15
4) 한 손의 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10 30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 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 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단 되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 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 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장해

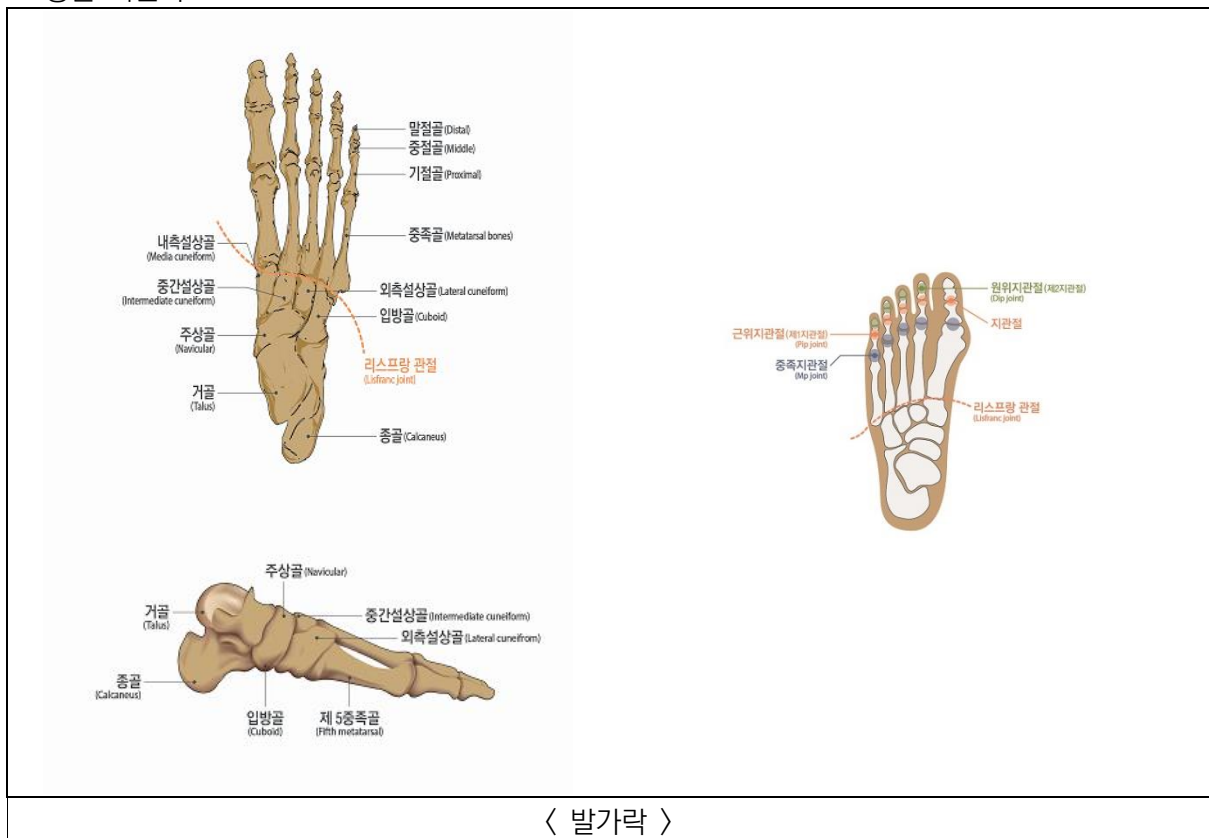
가. 장애의 분류

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) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 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 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 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 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

하된 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 5 점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2 점	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 인하여 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 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 12 개월 동안 지속적으로 치

료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 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 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

유형	제한 정도에 따른 지급률
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 사무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

(별표 3)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당재정안정지원특약 A1_질병장해 _50%이상장해형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 질병관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당재정안정지원특약 A1_질병장해_50%이상장해형 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】..... 1

제 2 관 보험금의 지급..... 1

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 1

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 6

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 6

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 7

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8

 (별표 2) 장해분류표..... 10

 (별표 3) 재해분류표..... 33

무배당재정안정지원특약 A1_질병장해_50%이상장해형 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약의 부가시에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 장해 : (별표2) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
2. 재해 : (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 “질병”(재해 이외의 장해상태 발생 원인을 말합니다. 이하 “질병”이라 합니다.)으로 인하여 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 50%이상질병장해생활비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년 미

만에 동일한 질병을 원인으로 50% 이상인 장해상태가 되었을 때 50% 지급).

제2-2조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 질병을 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑨ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑩ 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 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 가지

급합니다.

① 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 중 제2회 이후에 지급되는 50%이상질병장해생활비의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1-5조 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1 - 1)보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제2-3조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 2-2조(보험금의 지급사유)에 따른 50%이상질병장해생활비의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다. 다만, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 「보험료를 산출할 때 적용하는 이율」을 연단위 복리로 할인한 금액과 비교하여 큰 금액을 지급합니다.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 20X1 년 1 월 1 일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6 천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3 년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
20X1 년 1 월 1 일	2 천만원
20X2 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
20X3 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없

습니다.

- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하게 되었을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

- 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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급

형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
50%이상 질병장해생활비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 질병으로 인하여 장애분류표 중 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때 (최초1회한)	매월 질병장해생활비 지급해당일 : 특약 보험가입금액 (120회 확정지급) (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 동일한 원인으로 50%이상인 장애상태가 되었을 때 매월 질병장해생활비 지급 해당일에 특약 보험가입금액의 50% 지급)

주)

1. 50%이상질병장해생활비는 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
2. “매월 질병장해생활비 지급해당일”은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 50%이상질병장해생활비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간		지 급 이 자
50%이상질병 장해생활비 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후의 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제 2 회 이후 50%이상질병 장해생활비 (제2-2조)	「제2회 이후 50%이상질병장해 생활비」 지급사유 발생해당일 의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 다음날부터	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1 년이내: 평균공시이율 의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

주)

1. 제 2 회 이후 50%이상질병장해생활비는 회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
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. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기

간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

장해분류표

■ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 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 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 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받

은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

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

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 시력장해의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3 회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주 1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주 2)} 상태를 포함한다.

※ 주 1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를

평가한다.

- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 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 운동장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우

를 말한다.

- 3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력 검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가 실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30 점 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(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 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 장해의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

- 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물 (죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1 개 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 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 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 장해를 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 장해를 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 장해를 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 장해는 1 년 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 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레

- 이 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 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 1/2 을 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
 - 가) 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 성인에 서는 8×10 cm(1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)로 간주 한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 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 정

- 상만곡을 고려하여 평가한다.
- 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 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 6 개월 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 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 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: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 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 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

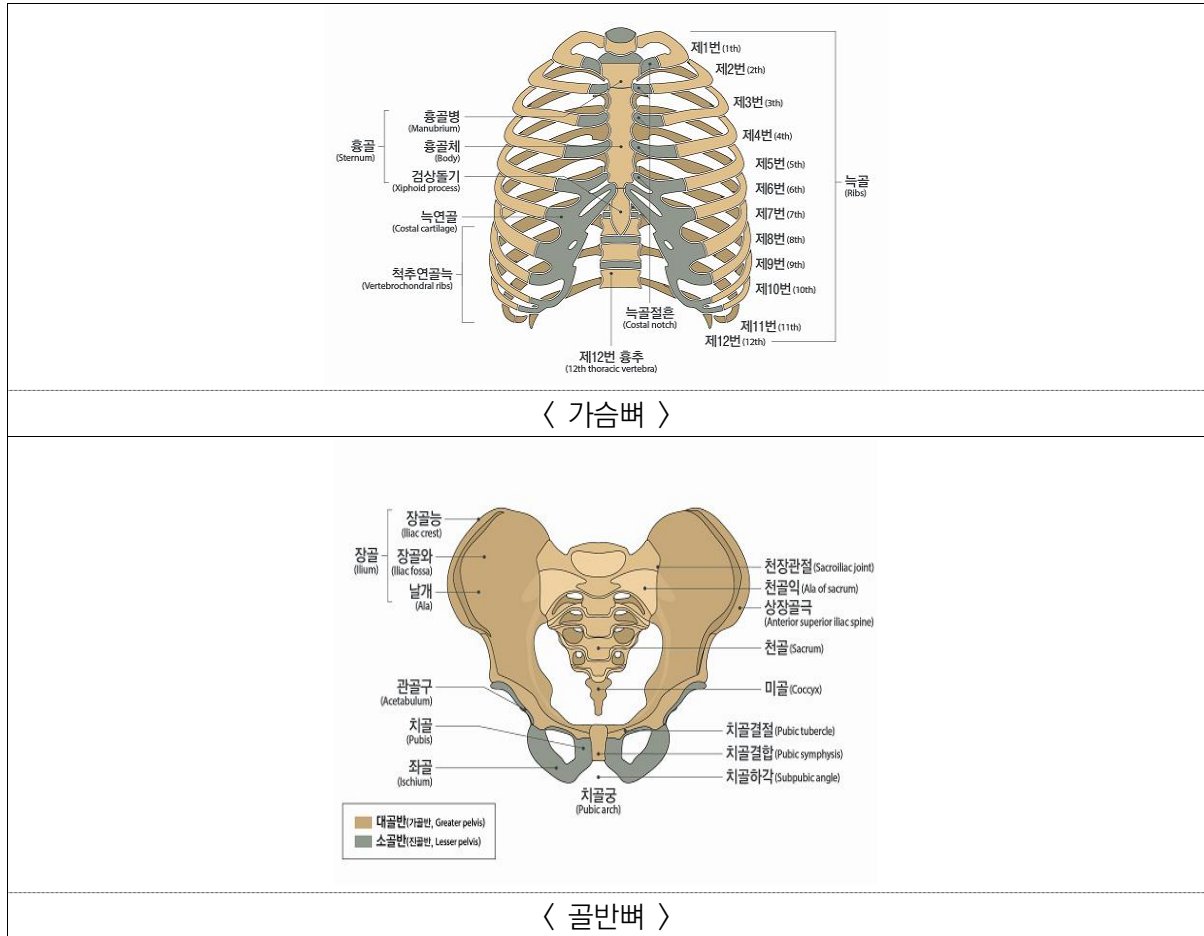
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 장해판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 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) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절^㉞이 남아 뚜렷한 장해를 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 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 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. 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) '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 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 손가락을 모두 잃었을 때	
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	55
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	15
4) 한 손의 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10 30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 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 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단 되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) ‘손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 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 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

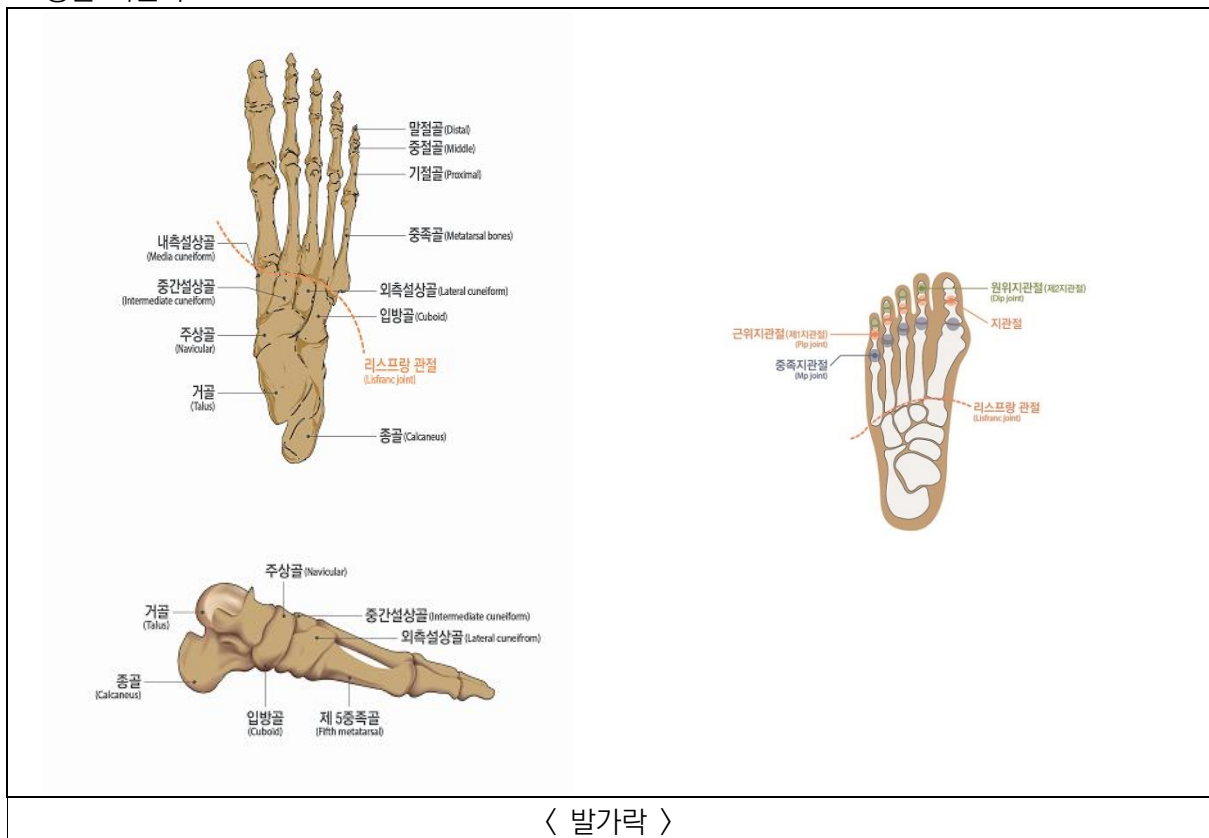
가. 장애의 분류

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) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	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 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

하된 때

- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 ‘〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표’에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 신경계

- 가) “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 인하여 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5 가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표” 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12 개월 동안 지속적으로 치

료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 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 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

유형	제한 정도에 따른 지급률
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 사무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

(별표 3)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당재정안정지원특약 A1_질병장해 _80%이상장해형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 질병관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당재정안정지원특약 A1_질병장해_80%이상장해형 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】..... 1

제 2 관 보험금의 지급..... 1

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 1

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 6

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 6

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 7

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8

 (별표 2) 장해분류표..... 10

 (별표 3) 재해분류표..... 33

무배당재정안정지원특약 A1_질병장해_80%이상장해형 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약의 부가시에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의II】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 장해 : (별표2) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
2. 재해 : (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 “질병”(재해 이외의 장해상태 발생 원인을 말합니다. 이하 “질병”이라 합니다.)으로 인하여 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 80%이상질병장해생활비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년 미

만에 동일한 질병을 원인으로 80% 이상인 장애상태가 되었을 때 50% 지급).

제2-2조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장애지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 진단확정일부터 1년 이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 정합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 질병을 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우에는 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑨ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑩ 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 제2항에 의하여 장애지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장애지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지

급합니다.

① 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 중 제2회 이후에 지급되는 80%이상질병장해생활비의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1-5조 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1 - 1)보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제2-3조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 2-2조(보험금의 지급사유)에 따른 80%이상질병장해생활비의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다. 다만, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 「보험료를 산출할 때 적용하는 이율」을 연단위 복리로 할인한 금액과 비교하여 큰 금액을 지급합니다.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 20X1 년 1 월 1 일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6 천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3 년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
20X1 년 1 월 1 일	2 천만원
20X2 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
20X3 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없

습니다.

- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하게 되었을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

- 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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급

형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
80%이상 질병장해생활비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 질병으로 인하여 장애분류표 중 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 때 (최초1회한)	매월 질병장해생활비 지급해당일 : 특약 보험가입금액 (240회 확정지급) (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 동일한 원인으로 80%이상인 장애상태가 되었을 때 매월 질병장해생활비 지급 해당일에 특약 보험가입금액의 50% 지급)

주)

1. 80%이상질병장해생활비는 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
2. “매월 질병장해생활비 지급해당일”은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 80%이상질병장해생활비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간		지 급 이 자
80%이상질병 장해생활비 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후의 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제 2 회 이후 80%이상질병 장해생활비 (제2-2조)	「제2회 이후 80%이상질병장해 생활비」 지급사유 발생해당일 의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 다음날부터	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1 년이내: 평균공시이율 의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

주)

1. 제 2 회 이후 80%이상질병장해생활비는 회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
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. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기

간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

장해분류표

■ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 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 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 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받

은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

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

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 시력장해의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3 회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주 1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주 2)} 상태를 포함한다.

※ 주 1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있을 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를

평가한다.

- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 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 운동장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우

를 말한다.

- 3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력 검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가 실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30 점 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(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 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 장해의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

- 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물 (죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1 개 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 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 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 장해를 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 장해를 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 장해를 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 장해는 1 년 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 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레

- 이 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 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 1/2 을 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
 - 가) 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 성인에 서는 8×10 cm(1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)로 간주 한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 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 정

- 상만곡을 고려하여 평가한다.
- 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 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 6 개월 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 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 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: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 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 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

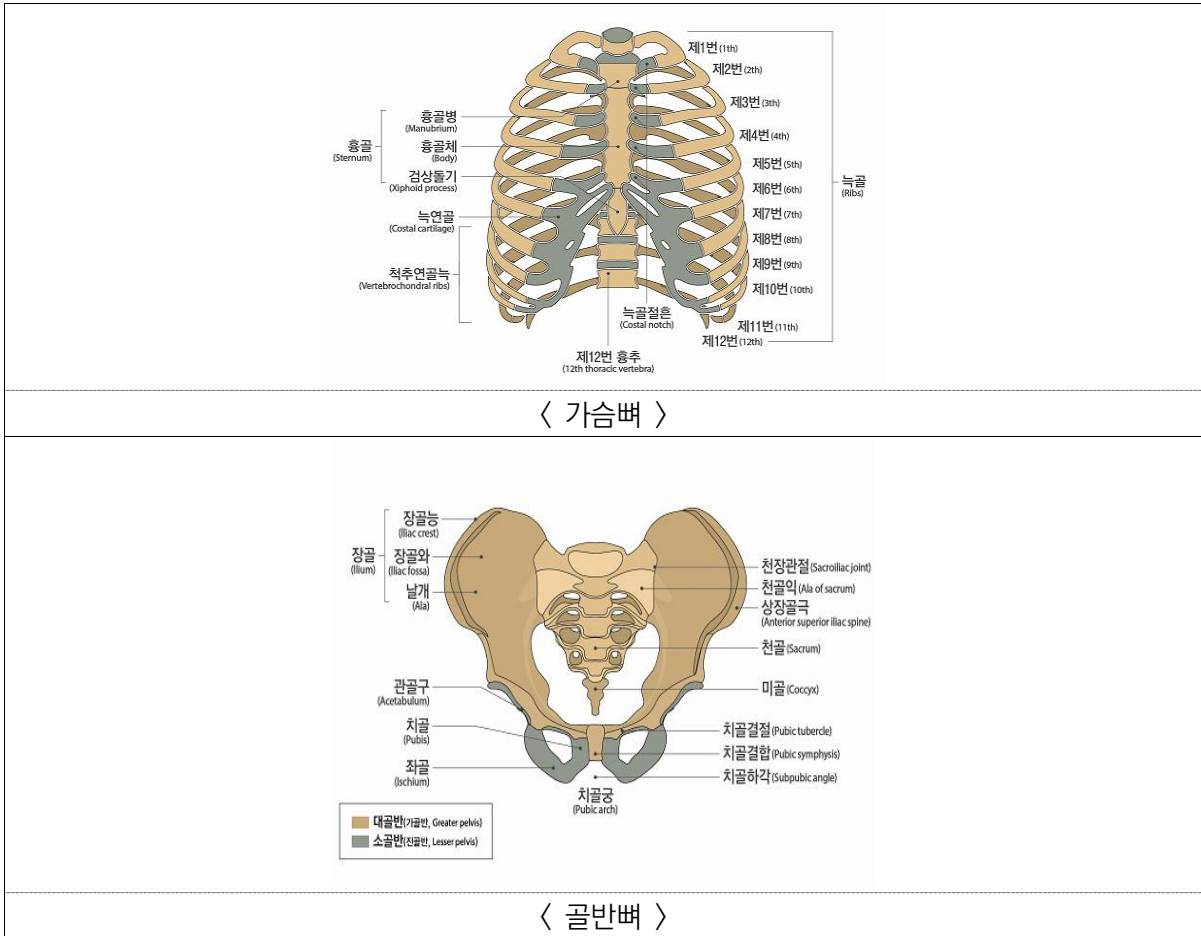
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 장해판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 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) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절^㉞이 남아 뚜렷한 장해를 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 장해를 남긴 때’라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) ‘뼈에 기형을 남긴 때’라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 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. 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) ‘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 발목이상을 잃었을 때’라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절[※]이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 손가락을 모두 잃었을 때	
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	55
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	15
4) 한 손의 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10 30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 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 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단 되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 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 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장해

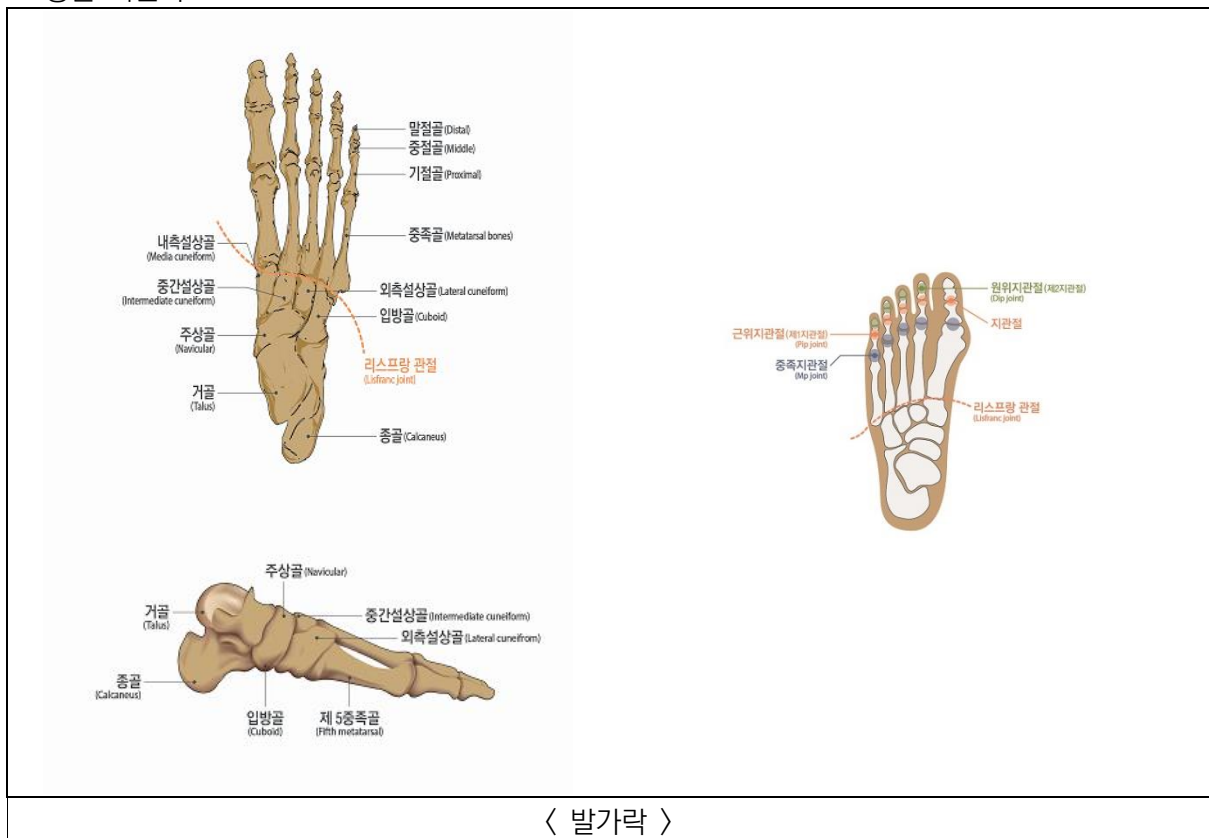
가. 장애의 분류

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) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 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 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 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 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

하된 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 5 점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2 점	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 인하여 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 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 12 개월 동안 지속적으로 치

료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 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 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

유형	제한 정도에 따른 지급률
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 사무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

(별표 3)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당재해골절·김스치료보장특약A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당재해골절·깁스치료보장특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】..... 1

제 2-1 조의 3 【“재해골절(치아파절 제외)”의 정의 및 진단확정】..... 1

제 2-1 조의 4 【“깁스(Cast)치료”의 정의】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 2

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 2

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 2

제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 3

제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 3

제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 3

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 4

제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 4

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

제 2-12 조 【해약환급금】..... 5

제 5 관 기타사항..... 5

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 5

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 7

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8

(별표 2) 재해분류표..... 9

(별표 3) 재해골절(骨折)(치아파절 제외) 분류표..... 11

무배당재해골절·깁스치료보장특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의 II】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 지급사유 관련 용어

가. 재해: (별표 2)재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제2-1조의3 【“재해골절(치아파절 제외)”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “재해골절(치아파절 제외)”이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로써 재해골절(치아파절 제외) 분류표(별표3 “재해골절(骨折)(치아파절 제외)분류표” 참조)에서 정한 골절을 말합니다.

② “재해골절(치아파절제외)”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2-1조의4 【“깁스(Cast)치료”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “깁스(Cast)치료”라 함은 의사가 치료를 직접목적으로 “깁스(Cast)치료”가 필요하다고 인정하는 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass

Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜 (Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 다만, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.

② 제1항에서 "부목(Splint Cast)치료"란 석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 재해골절(치아파절 제외) 상태가 되었을 때: 재해골절치료비(발생 1회당)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 치료를 직접적인 목적으로 깁스(Cast)치료를 받았을 때: 깁스치료비(깁스치료 1회당)

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 보험기간 중 피보험자가 동일 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료비는 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료비는 지급하지 않습니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “재해골절진단서, 갑스진단서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)

를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약

에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
재해골절 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 재해골절(치아파절제외) 상태가 되었을 때 (발생1회당)	특약 보험가입금액의 3%
깁스치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 치료를 직접적인 목적으로 깁스(Cast)치료를 받았을 때 (깁스치료1회당)	특약 보험가입금액의 1%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
재해골절치료비, 킵스치료비 (제2-2조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

재해골절(骨折)(치아파절 제외) 분류표

1. 약관에서 규정하는 재해골절(치아파절 제외)로 분류되는 재해는 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 재해를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

대 상 재 해	분 류 번 호
· 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5 는 제외)
· 목의 골절	S12
· 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
· 요추 및 골반의 골절	S32
· 어깨 및 위팔의 골절	S42
· 아래팔의 골절	S52
· 손목 및 손부위의 골절	S62
· 대퇴골의 골절	S72
· 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
· 발목을 제외한 발의 골절	S92
· 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
· 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
· 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
· 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
· 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제9차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 재해인 경우에는 이 약관에서 보장하는 재해로 봅니다.

II. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당

여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 재해로 보지 않습니다.

무배당재해사망특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해약할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당재해사망특약 A1 약관(240401)

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	1
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	1
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	1
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”】.....	5
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 재해분류표.....	9

무배당재해사망특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에 있어서 “재해”라 함은 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해사망보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

제2-2조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험

료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 “연명의료 중단 등 결정 및 그 이행”으로 피보험자가 사망하는 경우, 보험금 지급 여부의 판단이 되는 기준은 다음과 같습니다.
 1. 사망 시점은 “연명의료 중단 등 결정 및 그 이행”에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 2. 사망의 원인은 “연명의료”의 시행 사유(질병 또는 재해)로 합니다. 다만, “연명의료”의 시행 사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제2-4조(보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 2-2조(보험금의 지급사유)에 따른 재해사망보험금의 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. 다만, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 「보험료를 산출할 때 적용하는 이율」을 연단위 복리로 할인한 금액과 비교하여 큰 금액을 지급합니다.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 20X1 년 1 월 1 일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6 천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3 년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
20X1 년 1 월 1 일	2 천만원
20X2 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
20X3 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시 이율에 따라 계산됩니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금을 지급합니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었

으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지 시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약

자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재해사망 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 사망하였을 경우	특약 보험가입금액

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 재해사망보험금 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1 - 1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
재해사망보험금 (제2-2조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당재해수술보장(1-7 종)특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 수술코드에 해당하는 행위의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.
- “수술코드”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG”체계로 분류되는 경우에 부여하는 “ADRG” 중 회사가 정한 코드를 말합니다.
- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화

되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당재해수술보장(1-7 종)특약 A1

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】.....	1
제 2-1 조의 4 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	2
제 2-1 조의 5 【“입원”의 정의와 장소】.....	3
제 2-1 조의 6 【“통원”의 정의와 장소】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	4
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	4
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	6
제 2-5 조 【사고증명서】.....	6
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	7
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	7
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	7
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	7
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	8
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	8
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	8
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	8
제 2-12 조 【해약환급금】.....	9
제 5 관 기타사항.....	9
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	9
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	10
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	12
(별표 2) 1~7 종 수술분류표.....	13
(별표 3) 재해분류표.....	37

무배당재해수술보장(1-7 종)특약 A1(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의II】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 세부보장: 이 특약은 아래의 세부보장으로 구성되며, 계약자는 아래의 세부보장을 동시에 체결해야 합니다.

(세부보장)

1종 재해수술, 2종 재해수술, 3종 재해수술, 4종 재해수술, 5종 재해수술, 6종 재해수술, 7종 재해수술

2. 재해: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제 2-1 조의3 【“수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 하며, 한의사는 제외합니다)가 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원(이하 “병원”이라 합니다)에서 의사의 관

리하에 “1~7 종 수술분류표(별표 2 “1~7 종 수술분류표” 참조, 이하 “1~7 종 수술분류표”라 합니다)에서 정한 수술코드(이하 “수술코드”라 합니다)에 해당하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 “수술코드”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG”체계로 분류되는 경우에 부여하는 “ADRG” 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

(“KDRG<Korean Diagnosis Related Group>”)

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

(“ADRG<Adjacent DRG>”)

KDRG의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

※ 이 약관에서는 KDRG의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

※ 이 특약의 “수술코드” 및 “ADRG”는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)에서 정의된 바에 따릅니다.

③ 제 2 항의 “수술코드”에서 향후 “ADRG”의 개정으로 동일한 수술에 대해 수술코드가 변경되는 경우 이 특약에서 정한 수술코드를 따릅니다. 다만, 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 “1~7 종 수술분류표”의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다.

(예시)

이 특약에서 정한 간이식에 해당하는 수술코드는 “A010”이었으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점의 수술코드가 “A080”으로 변경된 경우에도 회사는 “A010”에 해당하는 간이식 수술보험금을 지급합니다.

☞ 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 “주진단 범주(MDC)와 시술명”을 이 특약에서 정한 “KDRG”기준에 적용합니다.

☞ 신의료수술 도입 등의 이유로 “ADRG”가 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단 범주(MDC)와 시술명을 확인한 후 이 특약에서 정한 수술코드를 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제 2 항 및 제 3 항에도 불구하고 이 특약에서 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제 1 항의 “수술”은 [건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2021-132 호, 2021. 4. 30)] 제 2 부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제 2 장(검사료) 및 제 3 장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제 3 장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료는 “수술”에 포함하여 보장합니다.

(설명)

[건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수]는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제 2-1 조의 4 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 이 특약의 보장내용 및 범위 등이 「KDRG(ADRG)”, 국민건강보험 및 의료급여 관련 법령 및

규정」이 폐지 또는 개정되어 이 특약의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약 내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제 2 항에 따라 계약자에게 안내합니다.

② 회사는 제 1 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.

③ 제 1 항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함)에는 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

④ 제 1 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑤ 제 1 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

제 2-1 조의 5 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사가 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-1 조의 6 【“통원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사가 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실하지 않고, 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 1~7종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 1~7종 수술분류표에서 정한 수술종

류에 따라 재해수술비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다(다만, 「1 회의 입원당 1 회의 수술」 또는 「1 회의 통원(1 일 1 회의 통원에 한함)당 1 회의 수술」에 한하여 보장하며, 하나의 수술 코드당 연간 3 회에 한하여 보장함).

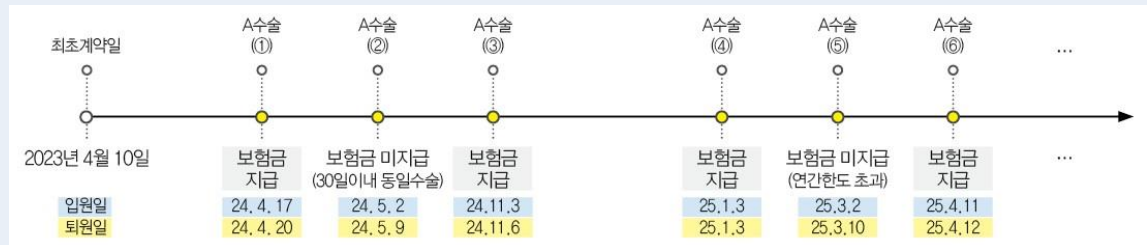
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 “연간”이란 계약일부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 재해수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그 수술이 행해진 「해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일」의 다음 날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 「입원의 입원일 또는 통원의 통원일」까지의 기간이 30 일 이내인 경우 재해수술비를 지급하지 않습니다.

(보험금 지급 예시1)



주)

- ① A 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫번째 A 수술)
- ② 보험금 미지급(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일(2024년 4월 20일)부터 다음 동일수술이 행해진 입원의 입원일(2024년 5월 2일)까지의 기간(12일)이 30일 이내 이므로 보험금 미지급
- ③ A 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두번째 A 수술)
- ④ A 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세번째 A 수술)
- ⑤ 보험금 미지급(A 수술의 횟수가 연간 지급횟수(3회)를 초과하여 보험금 미지급)
- ⑥ A 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫번째 A 수술)

(보험금 지급 예시2)



주)

- ① A 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫번째 A 수술)
(수술종류가 높은 A 수술에 해당하는 보험금 지급)
- ② B 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫번째 B 수술)
- ③ B 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두번째 B 수술)
- ④ B 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세번째 B 수술)
- ⑤ B 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫번째 B 수술)

※ 직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일(2025년 4월 3일)부터 동일 수술이 행해진 입원의 입원일(2025년 4월 11일)까지의 기간(8일)이 30일 이내이지만 새로운 연간에 해당되므로 보험금 지급

④ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받을 경우 피보험자의 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 연간 3회에 한하여 재해수술비를 지급합니다.

(설명)

“ADRG”는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 해당 종의 재해수술비를 지급합니다. “수술종류가 높은 하나의 수술코드”란 2가지 이상의 수술코드 중 재해수술비가 가장 높은 수술 종류의 수술코드를 의미합니다.

⑥ 피보험자가 동일한 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 병원을 이전하여 입원하거나 동일한 병원에 재입원하는 경우 새로운 입원으로 보고 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑦ 피보험자가 계속입원 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 180일 이내에 해당 입원 중 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 제4항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술(수술코드상 J051 또는 J052, 이하동일)과 유방절제술(수술코드상 J061 또는 J062를 말하며, J063은 제외, 이하동일)을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술이 아니라 유방절제술에 해당하는 수술코드가 발생한 것으로 보아 해당 재해수술비만 지급합니다. 다만, 그 수술코드(유방절제술)로 지급 받은 보장횟수가 연 3회를 초과하는 경우에는 해당 재해수술비를 지급하지 않습니다.

(설명)

피보험자가 입원을 하고 유방재건술(J051)과 유방절제술(J061)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 “ADRG”는 유방재건술(J051)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제8항에 따라 유방재건술(J051)에 해당되는 “3종 재해수술비”가 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 “6종 재해수술비”를 지급합니다.

- ⑨ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 입원 또는 통원하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제 2-1 조의 3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.
- ⑩ 제 5 항에도 불구하고 제 9 항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 재해수술비와 제 9 항의 수술코드에 해당하는 재해수술비를 각각 지급합니다.
- ⑪ “단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑫ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인 요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.
- ⑬ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑭ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진료비세부내역서(수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 입퇴원확인서, 진료비계산서, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료기록부, 장애진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

※ 단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구

시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입주기 및 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 각 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
		세부보장	해당 지급금액
재해수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 1~7종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때	1종 재해수술	해당 보험가입금액
		2종 재해수술	해당 보험가입금액
		3종 재해수술	해당 보험가입금액
		4종 재해수술	해당 보험가입금액
		5종 재해수술	해당 보험가입금액
		6종 재해수술	해당 보험가입금액
		7종 재해수술	해당 보험가입금액
		(「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일 1회의 통원에 한함) 당 1회의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간 3회에 한함)	

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 재해수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그 수술이 행해진 「해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일」의 다음 날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 「입원의 입원일 또는 통원의 통원일」까지의 기간이 30일 이내인 경우 재해수술비를 지급하지 않습니다.
4. 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받을 경우 피보험자의 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 연간 3회에 한하여 재해수술비를 지급합니다.
5. “4”에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 해당 종의 재해수술비를 지급합니다. “수술종류가 높은 하나의 수술코드”란 2가지 이상의 수술코드 중 재해수술비가 가장 높은 수술 종류의 수술코드를 의미합니다.
6. 피보험자가 동일한 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 병원을 이전하여 입원하거나 동일한 병원에 재입원하는 경우 새로운 입원으로 보고 보장합니다.
7. 피보험자가 계속입원 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 180일 이내에 해당 입원 중 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 이 특약에서

정한 바에 따라 보장합니다.

8. 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 입원 또는 통원하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 약관 제 2-1 조의 3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.
9. “5”에도 불구하고 “8”에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 재해수술비와 “8”의 수술코드에 해당하는 재해수술비를 각각 지급합니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
재해수술비 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과 기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

1~7 종 수술분류표

이 특약의 약관에서 규정하는 수술코드는 다음에서 정한 수술코드를 말합니다.

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
간 이식	간 이식	A010	7
폐 이식	폐 이식	A020	7
심장 이식	심장 이식	A030	7
췌장 이식	췌장 이식	A040	7
소장 이식	소장 이식	A050	7
조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061	7
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062	7
신장 이식	신장 이식	A070	7
체외순환막형산화요법 (ECMO), 개심술 미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
기관 절개술	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091	1
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092	1
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 미사용	A096	1
사지 이식	사지 이식	A100	7
뇌동맥류 수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	7
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	7
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	5
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	5
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	7
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018	5
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	7

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	7
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	5
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착 · 폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	5
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	5
혈종제거술 및 기타 개두술(외상 제외)	혈종제거술(외상 제외)	B031	7
	두개내 감압술(외상 제외)	B032	7
	두개골 성형술(외상 제외)	B033	7
두개외 혈관수	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	경피적 두개외 혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050	7
뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061	7
	단순 천막상부 종양절제술	B062	7
	복잡 천막하부 종양절제술	B063	7
	단순 천막하부 종양절제술	B064	7
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	5
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066	7
신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070	6
뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	6
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	6
정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	5
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092	5
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093	5
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	5
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	5
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	5
뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100	5
뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110	4
외상 개두술	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121	6
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122	6
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123	6
	두개내 감압술(외상 관련)	B124	7

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
외상 개두술	두개골 성형술(외상 관련)	B125	7
기타 개두술	기타 개두술	B130	6
천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	천두술(뇌내)	B142	4
	천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	B151	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	5
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
기타 신경계 수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202	1
	수근관 이완술	B203	1
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	기타 신경계 수술	B205	1
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211	4
	복잡 척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	후안부 관통상 수술	C014	1
안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	단순 안와 수술	C023	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
안구 수술(종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2
안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051	2
	기타 각막이식수술	C052	2
	공막 및 각막윤부이식수술	C053	2
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080	1
녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101	1
	기타 단순 안구내 수술	C102	1
사시 수술	복잡 사시 수술	C111	1
	단순 사시 수술	C112	1
안검 수술	복잡 안검 수술, 제 1 형	C121	1
	복잡 안검 수술, 제 2 형	C122	1
	복잡 안검 수술, 제 3 형	C123	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
안검 수술	주요 안검 수술, 제 1 형	C124	1
	주요 안검 수술, 제 2 형	C125	1
	주요 안검 수술, 제 3 형	C126	1
	기타 안검 수술	C127	1
눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131	1
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
결막 수술	결막낭 재건술	C141	1
	복잡 결막 수술	C142	1
	단순 결막 수술	C143	1
기타 안구외 수술	기타 안구외 수술	C150	1
내이 수술	귀 이식술	D011	5
	주요 내이 수술	D012	3
	단순 내이 수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021	2
	유양돌기 수술	D022	2
	고실 수술	D023	2
	이소골 재건술	D024	2
	등골수술	D025	2
	환기관삽입 고막절개술	D026	2
	외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031
단순 외이 및 귀 수술	D032	1	
귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	6
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	6
부비동 개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
코 수술	주요 코 수술	D081	1
	비중격 및 비갑개수술	D082	1
	단순 코 수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	6
후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101	6
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	6
경부림프절절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	악관절 수술	D121	2
	주요 안면골 수술	D122	2
	단순 안면골 수술	D123	2
두경부 재건술	두경부 재건술	D130	2
타액선 수술	이하선수술	D141	2
	악하선 및 설하선 수술	D142	2
	기타 타액선 수술	D143	1
	타석제거술	D144	1
경부 수술	경부 수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
구강, 인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200	1
주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011	6
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	6
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	6
	기타 폐 수술	E014	6
	종격동 수술	E015	6
	주요 흉곽 수술	E016	6
	기타 흉곽 수술	E017	3
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018	6
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019	6
기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032	1
	호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	기타 호흡기계 수술	E034	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530	1
자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011	5
	자동체내제세동기 교정술	F012	5
심장판막 수술(심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	7
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	7
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	7
심장판막 수술(심도자술 미사용)	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	7
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	7
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	7
관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공 심장폐장치 사용)	F041	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공 심장폐장치 미사용)	F043	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	7
기타 심흉부 수술	심장 중격결손증 수술	F051	7
	기타 복잡 심장 기형 교정술	F052	7
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	6
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
주요 혈관 복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공 심장폐장치 사용)	F062	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	7
주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공 심장폐장치 미사용)	F072	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	6
대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	대동맥박리 경피적 수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
경도관 심장 결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술 (두경부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환 장애 절단술(수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	6
순환 장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252	1
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260	1
식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	6
	기타 주요 식도 수술	G012	5
	기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	6
직장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	6
경향문 및 경천골 접근 직장절제술	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	6
	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	6
주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050	6
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060	5
위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071	6
	개복에 의한 위전절제술	G072	6
위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081	6
	개복에 의한 위아전절제술	G082	6
기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
결장 및 직장 전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	6
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	6
결장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	6
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	6
결장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
장루 수술	장루 수술	G180	3
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190	4
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202	1
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204	1
총수절제술	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260	1
치핵 수술	주요 치핵 수술	G271	1
	단순 치핵 수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
치루 수술	주요 치루 수술	G291	1
	단순 치루 수술	G292	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
경항문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311	1
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320	1
기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332	1
소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	구불결장경 시술	G531	1
	구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	G540	1
소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010	6
간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021	6
	기타 간담도 복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030	6
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	6
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042	6
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	개복에 의한 간 수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
담도 절제술(림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	6
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	6
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5
담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
췌장절제술	복강경을 이용한 췌장절제술	H111	6
	개복에 의한 췌장절제술	H112	6
췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	개복에 의한 췌장 수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 간담도 및 췌장 시술	경피적 담관경 시술	H145	3
	경피적 담관 시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	5
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	5
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510	5
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021	4
	고관절 전치환술	I022	4
	고관절 부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031	3
	슬관절 전치환술	I032	3
	슬관절 부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041	2
	기타 관절 전치환술	I042	2
	기타 관절 부분치환술	I043	2
	인공관절삽입물 제거술	I044	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	5
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 척추 수술	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
절단술	주요 절단술	I111	6
	기타 절단술	I112	3
골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	6
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	6
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	6
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	근농양 배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	회전근개 수술	I181	1
	관절와순 수술	I182	1
	복수 진단 견부 수술	I183	1
	기타 견부 수술	I184	1
	십자인대 수술	I191	1
슬부 수술	반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	기타 슬관절 수술	I194	1
	주관절 및 전완부 수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	기타 족부 및 족관절 수술	I213	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
체내고정장치 제거술	체내고정장치 제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
미세혈관 조직이식 및 피부이식	미세혈관 조직이식	I261	3
	기타 피판술	I262	2
	피부 및 지방 이식술	I263	2
연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271	1
	주요 연조직 수술	I272	1
	단순 연조직 수술	I273	1
기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	대퇴부 골절 수술	I282	3
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	전완부 골절 수술	I286	2
	수부 골절 수술	I287	1
기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	I311	4
	복잡 척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321	2
	복잡 관절고정술	I322	2
	복잡 사지관절절제술	I323	1
	복잡 가관절수술	I324	2
	복잡 반월판연골절제술	I325	1
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	복잡 화농성관절염절개술	I331
	복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041	4
	피부 및 연조직 수술	J042	1
	기타 피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061	6
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062	6
	유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
액와 수술	액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100	1
교감신경절제술	교감신경절제술	J110	2
내분비, 영양 및 대사 장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	6
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021	7
	복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023	7
	단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024	7
부신 수술	복강경을 이용한 부신수술	K031	4
	개복에 의한 부신수술	K032	4
내분비, 영양 및 대사 장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	6
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	6
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	6
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	전립선 신생물 수술	L026	4
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	6
신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
요관 수술	요관 수술	L040	2
방광 수술	개복에 의한 방광 수술	L051	4
	경피적 방광 수술	L052	2
	경요도 방광 수술	L053	1
전립선 수술	전립선 수술	L060	2
요도 수술	주요 요도 수술	L071	1
	요도경하 요도 수술	L072	1
	기타 요도 수술	L073	1
	복잡 요실금 수술	L074	1
	단순 요실금 수술	L075	1
요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	연성내시경하 수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111	1
	외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010	1
전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021	4
	기타 전립선 적출술	M022	3
기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030	1
음경 수술	복잡 음경 수술	M041	1
	단순 음경 수술	M042	1
	페이로니 병 수술	M043	1
포경수술	포경수술	M050	1
요도 수술	주요 요도 수술	M061	1
	단순 요도 수술	M062	1
음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071	1
	단순 음낭 수술	M072	1
고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	단순 고환 수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	고환 및 생식기 적출술	M093	6
기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500	1
자궁 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	6
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	6
주요 자궁절제술(악성 종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022	2
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	6

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	6
난소 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
부속기 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	5
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	5
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121	1
자궁경 수술	자궁경 수술	N130	1
자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만(다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
분만 및 유산 관련 자궁 적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
분만 및 유산 관련 경피적 혈관수술	분만 및 유산 관련 경피적 혈관수술	O141	2
산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	O142	2
비장 절제술	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012	4
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013	4
다발성 중요 외상 치료 목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	7
다발성 중요 외상 치료 목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료 목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	5
다발성 중요 외상 치료 목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
다발성 중요 외상 치료 목적의 복부 혈관색전술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	W050	3
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	하지 손상의 기타 수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	수부 손상의 기타 수술	X052	1
기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060	1
중증 화상(피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2
기타화상(피부 이식 동반)	기타화상(피부 이식 동반)	Y030	1

주)

1. 상기의 "수술코드"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급

여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 "KDRG"체계로 분류되는 경우에 부여하는 "ADRG" 중 회사가 정한 코드를 말합니다. 이 특약의 "수술코드" 및 "ADRG"는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG 코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2021-132 호, 2021.4.30)」에서 정의된 수가코드 및 제 8 차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준입니다.

2. "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 또한, "ADRG(Adjacent DRG)"는 KDRG 의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말하며, ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.
3. "1"에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 입원 또는 통원하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우도 포함합니다.
4. "1"에도 불구하고 "단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우도 포함합니다.
5. 이 특약은 KDRG 버전 4.4 의 "ADRG"중 다음의 "ADRG"는 보장하지 않습니다.
 - 1) "ADRG"에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60~99"에 해당하는 경우
(예시) "ADRG"가 "B601"의 경우 첫번째 자리[알파벳("B")]을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60"이므로 이 특약에서 보장하지 않습니다.
 - 2) 아래 표에 기재된 ADRG

대분류명	수술명	ADRG
신경계 면역요법	치료적 성분채집술	B501
	신경계 면역요법	B502
뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시	B510
자기뇌파검사 지도화	자기뇌파검사 지도화	B520
코성형술	코성형술	D070
구순열 및 구개열 수술	구순열 및 구개열 수술	D180
구강내 수술	치조골 수술	D191
	구강내 점막수술	D192
	단순 혀 수술	D193
발치	발치	D300
보존치료	치아 보존치료	D502
기타 호흡기계 수술	호흡기 질환을 위한 진단적 시술	E031
호흡기계 질환, 침습적 인공	침습적 인공호흡기 96 시간 이상(신대체요법 동반)	E501

대분류명	수술명	ADRG
호흡기 96 시간 이상	침습적 인공호흡기 96 시간 이상(신대체요법 미동반)	E502
호흡기계 질환, 침습적 인공 호흡기 96 시간 미만	침습적 인공호흡기 96 시간 미만(신대체요법 동반)	E511
	침습적 인공호흡기 96 시간 미만(신대체요법 미동반)	E512
경기관지 폐생검	경기관지 폐생검	E540
폐흉부질환의 침습인 생검	폐흉부질환의 침습인 생검	E550
선천성 심장병 협착 질환의 경피적 수술	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술 (스텐트 사용)	F171
	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)	F172
	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173
진단 목적의 경피적 심혈관 시술	심장 전기 생리 검사	F501
	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술	F502
	진단적 관상동맥 조영술	F503
	심근생검	F504
	심낭천자	F505
선천성 결장 및 직장항문 기형 수술	선천성 거대결장 및 장무공증 수술	G161
	주요 직장항문 기형 수술	G162
	기타 직장항문 기형 수술	G163
기타 소화기계 수술	소화기계 질환을 위한 진단적 시술	G331
간담도 진단적 시술	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)	H131
	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)	H132
진단적 역행성담체관내시경	진단적 역행성담체관내시경	H530
관절경검사	관절경검사	I230
생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술	I240
근골격계 질환의 침생검	근골격계 질환의 침생검	I510
유방재건술	유두 및 유륜재건술	J053
유방 질환의 침습인생검	유방 질환의 침습인생검	J500
갑상선 질환의 침습인생검	갑상선 질환의 침습인생검	K500
요로 질환 수술	선천성 요로 질환 수술	L113
요관경검사	요관경검사	L500
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	정관 수술	M094
전립선 생검	전립선 생검	M510
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술	N122
자궁소파술	진단적 자궁소파술	N142
여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	N151
	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	N152

대분류명	수술명	ADRG
방사선원삽입요법(악성종양의 경우)	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)	N170
질식분만(초산)	일반 질식분만(초산)	O041
	고위험 질식분만(초산)	O042
질식분만(경산)	일반 질식분만(경산)	O051
	고위험 질식분만(경산)	O052
제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만	O061
	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만	O062
질식분만(복합 수술 동반)	질식분만(복합 수술 동반)	O073
자궁경관봉축술	예방적 자궁경관봉축술	O101
입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)	P010
신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술	P020
신생아, 입원시 체중 < 75g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)	P030
신생아, 입원시 체중 75-999g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)	P040
신생아, 입원시 체중 1-1249g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)	P050
신생아, 입원시 체중 125-1499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)	P060
신생아, 입원시 체중 15-1999g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)	P070
신생아, 입원시 체중 2-2499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)	P080
신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)	P090
비장 절제술	소아의 비장 절제술	Q011
기타 혈액 및 조혈기관 수술	기타 혈액 및 조혈기관 수술	Q020
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020
림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)	R030
기타 신생물 질환(기타 수술 시행)	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)	R040
치료적 성분채집술	치료적 성분채집술	R500
감염 및 기생충 질환 수술	패혈증 수술(합병증 동반)	T011
	패혈증 수술(합병증 미동반)	T012
	외상 후 감염 수술	T013

대분류명	수술명	ADRG
	수술 후 감염 수술	T014
	기타 감염 질환 수술	T015
정신장애 치료목적의 수술	정신장애 치료목적의 수술	U010
기타 보건의료서비스에 관한 수술	기타 보건의료서비스에 관한 수술	Z010

3) KDRG 버전4.4에서 규정한 "Error DRG" 및 "960 DRG"

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ "Error DRG"이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

※ "960 DRG"이라 함은 "Error DRG"는 아니지만 입원 2일 이내에 조기사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이

후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당재해수술특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

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

■ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

■ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약 자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해수술비가 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당재해수술특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	5
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	5
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 재해분류표.....	9

무배당재해수술특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약의 부가시에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에 있어서 “재해”라 함은 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제2-1조의 3 【“수술”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사가 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(부연 설명)

변연절제를 포함한 창상봉합술은 괴사된 조직을 제거하는 행위가 생체의 절단, 절제에 해당하므

로 이 특약에서 정하는 “수술행위”에 포함됩니다.

(신의료기술평가위원회)

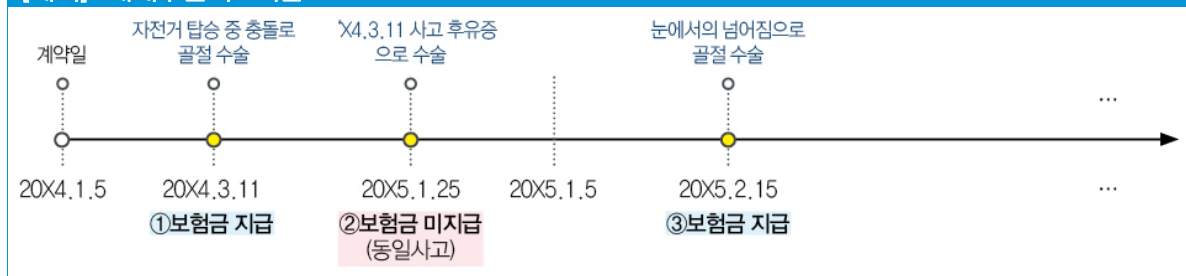
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 보험수익자에게 약정한 재해수술비(수술 1회당, 별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 동일사고당 1회에 한함).

[예시] "재해수술비" 지급



제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우, 동일사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 재해수술비만 지급합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 수술확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금

이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
 이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
재해수술비	피보험자가 보험기간 중 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (동일사고당 1회한)	특약 보험가입금액 (수술 1회당)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 재해수술비는 동일사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 재해수술비만 지급합니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
재해수술비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당재해장해보장특약 A1_3~100%장해형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해약할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당재해장해보장특약 A1_3~100%장해형 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	1
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	1
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 재해분류표.....	10
(별표 3) 장해분류표.....	12

무배당재해장해보장특약A1_3~100%장해형 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리
정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 재해 : (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장해 : (별표3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 장해분류
표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 재해장해
보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑩ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해보험금에서 이미 지급받은 재해장해보험금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 장해상태가 발생하였을

경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해보험금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해

(사례)

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해로 그 손목관절의 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 재해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 뺀 10%에 해당하는 재해장해보험금을 지급합니다.

2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 재해장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해보험금이 지급되지 않았던 장해

(사례)

질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률15%)가 된 피보험자가 이후에 재해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률35%)가 된 경우에는 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%뺀 20%에 해당하는 재해장해보험금을 지급합니다.(이 계약은 재해로 인한 장해를 보장하며 질병으로 인한 장해는 보장하지 않습니다)

- ⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑭ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑮ 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 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 지급합니다.

제2-3조의2 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따른 재해장해보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제 1 항에 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. 다만, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 「보험료를 산출할 때 적용하는 이율」을 연단위 복리로 할인한 금액과 비교하여 큰 금액을 지급합니다.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 2023년 1월 1일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
2023년 1월 1일	2천만원

2024년 1월 1일	2천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
2025년 1월 1일	2천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보

험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따라 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정에 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
재해장해 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	특약 보험가입금액의 100% × 해당 장해지급률

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
재해장해보험금 (제2-2조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

■ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 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 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 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활

에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

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

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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. 장해판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)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 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주 1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주 2)} 상태를 포함한다.

※ 주 1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있을 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력 검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30 점 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(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 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 14 개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7 개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5 개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

- 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물 (죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1 개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 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 1 년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레

- 이 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 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 1/2 을 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
 - 가) 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 성인에 서는 8×10 cm(1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)로 간주 한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

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 정

- 상만곡을 고려하여 평가한다.
- 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 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 6 개월 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 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 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: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 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 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

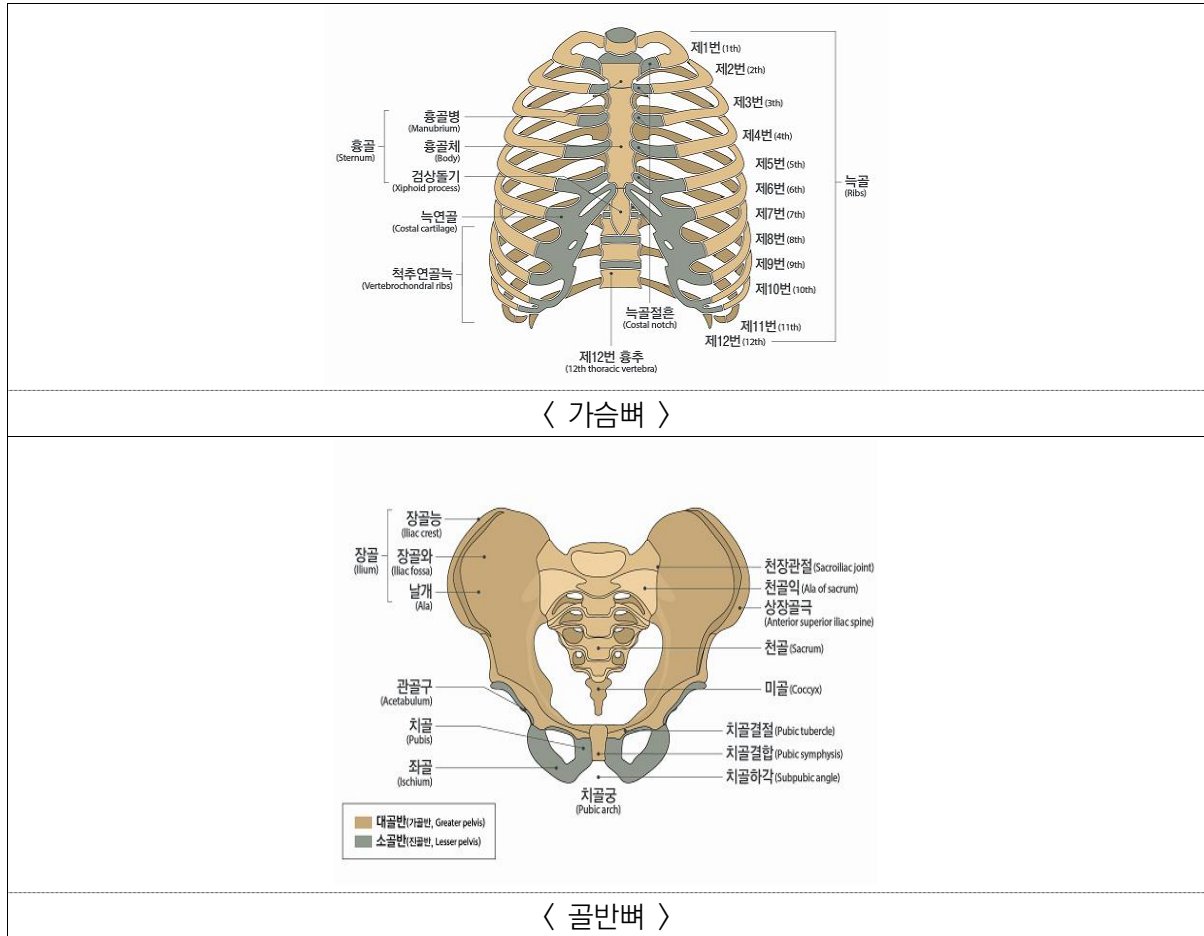
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 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, 제 2 천추 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. 장해판정기준

- 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) ‘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 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 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^㉞이 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 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 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 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 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 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 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 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단 되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

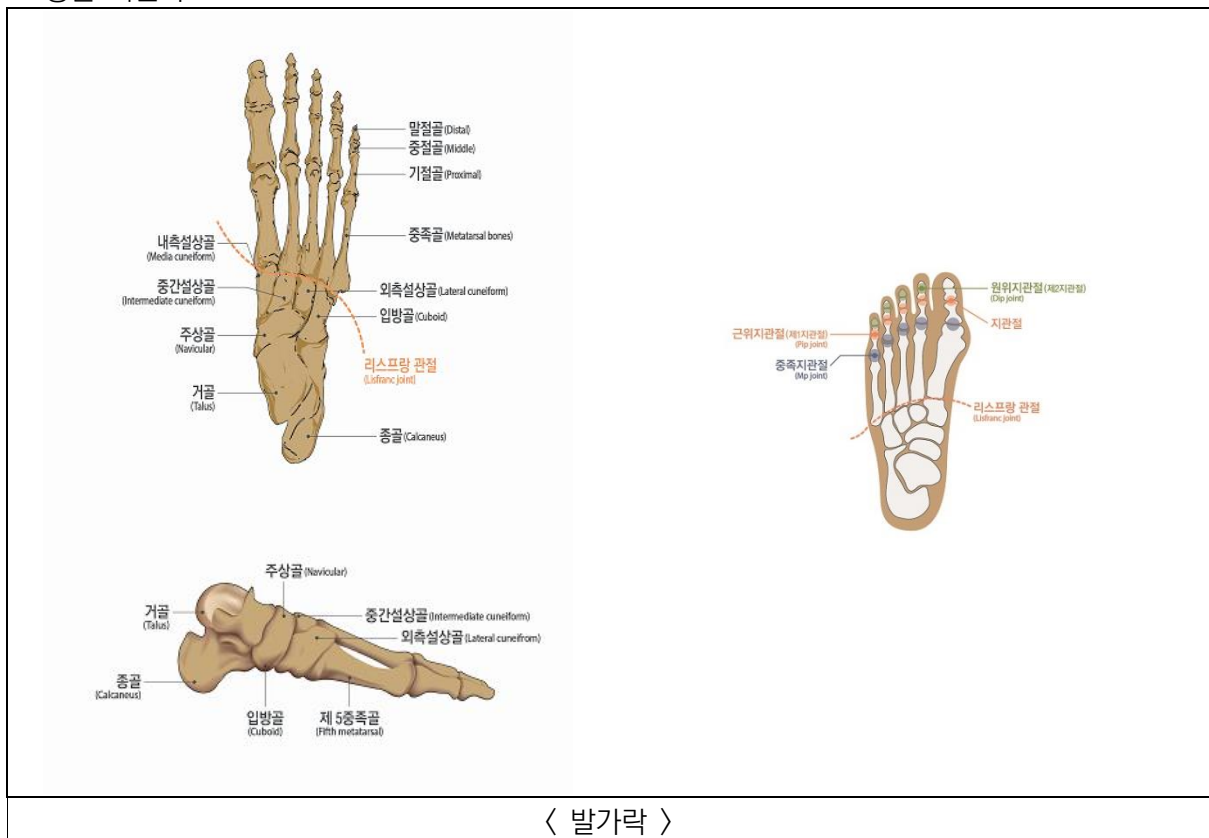
가. 장애의 분류

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) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	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 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 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. 장애판정기준

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

하된 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 5 점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2 점	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 인하여 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 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 12 개월 동안 지속적으로 치

료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 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 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

〈붙임〉

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

유형	제한 정도에 따른 지급률
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 사무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

무배당재해장해보장특약 A1_80%이상장해형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해약할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당재해장해보장특약 A1_80%이상장해형 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	1
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	1
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	4
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	5
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	5
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 재해분류표.....	9
(별표 3) 장해분류표.....	11

무배당재해장해보장특약A1_80%이상장해형 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정
의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 재해 : (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애 : (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 여러 신체
부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 재해고
도장해보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “(별표1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑪ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑫ 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 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 지급합니다.

제2-3조의2 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 2-2조(보험금의 지급사유)에 따른 재해고도장해보험금의 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. 다만, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 「보험료를 산출할 때 적용하는 이율」을 연단위 복리로 할인한 금액과 비교하여 큰 금액을 지급합니다.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 2023년 1월 1일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
2023년 1월 1일	2천만원
2024년 1월 1일	2천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
2025년 1월 1일	2천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따라 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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.

(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 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급

금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정에 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
재해고도장해보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 재해고도장해보험금 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
재해고도장해보험금 (제2-2조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

■ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로써 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 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 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 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 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활

에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

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

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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. 장해판정기준

- 1) 시력장해의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3 회 이상 측정한다.
- 2) ‘교정시력’ 이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)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 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주 1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주 2)} 상태를 포함한다.

※ 주 1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있을 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

- 6) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.
- 12) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) ‘한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30 점 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(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) ‘코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) ‘코의 후각기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 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 14 개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7 개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5 개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

- 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물 (죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1 개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 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 1 년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레

- 이 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 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 1/2 을 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
 - 가) 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 성인에 서는 8×10 cm(1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)로 간주 한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 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 정

- 상만곡을 고려하여 평가한다.
- 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 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 6 개월 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 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 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: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 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 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

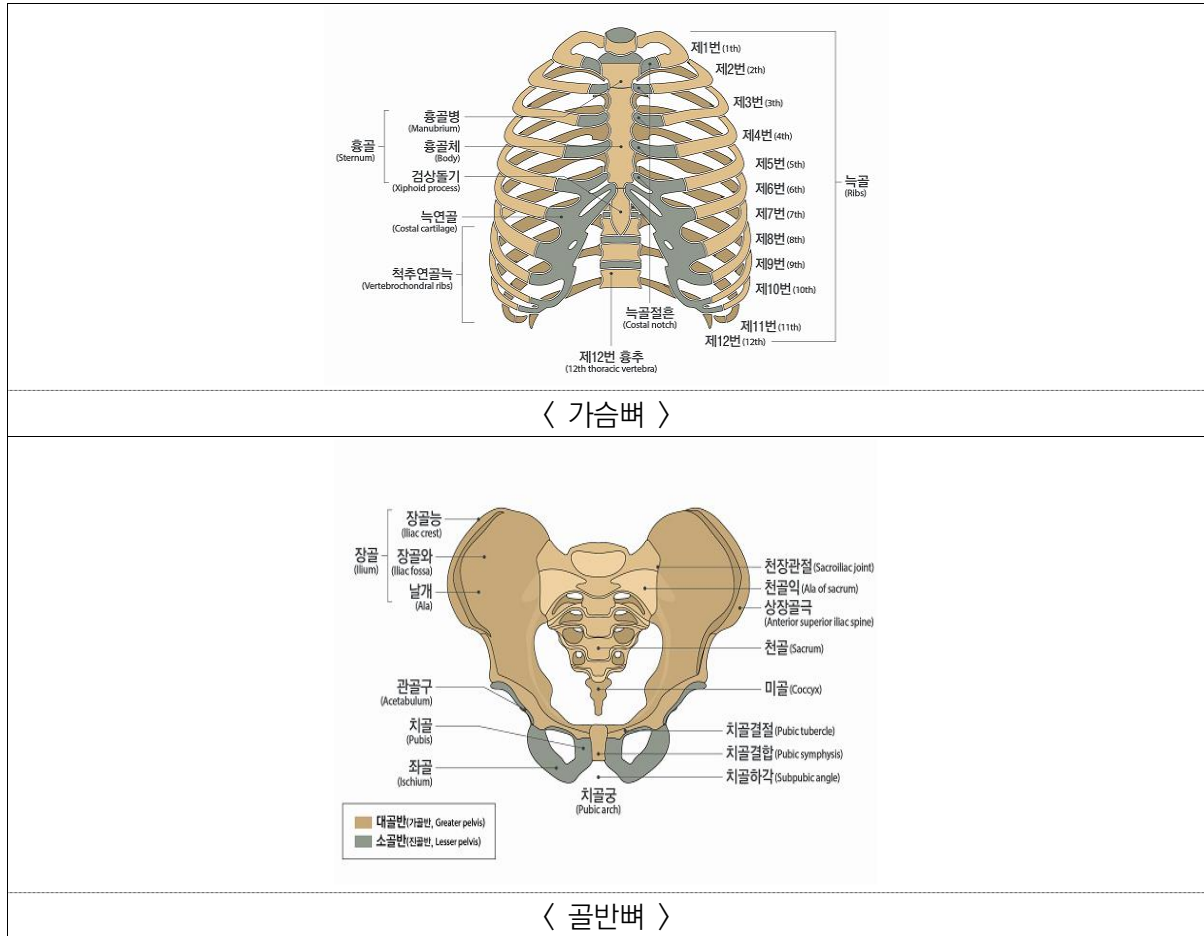
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 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, 제 2 천추 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. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 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 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 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 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절^㉞이 남아 뚜렷한 장해를 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 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 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 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 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 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절[※]이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 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 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 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 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단 되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

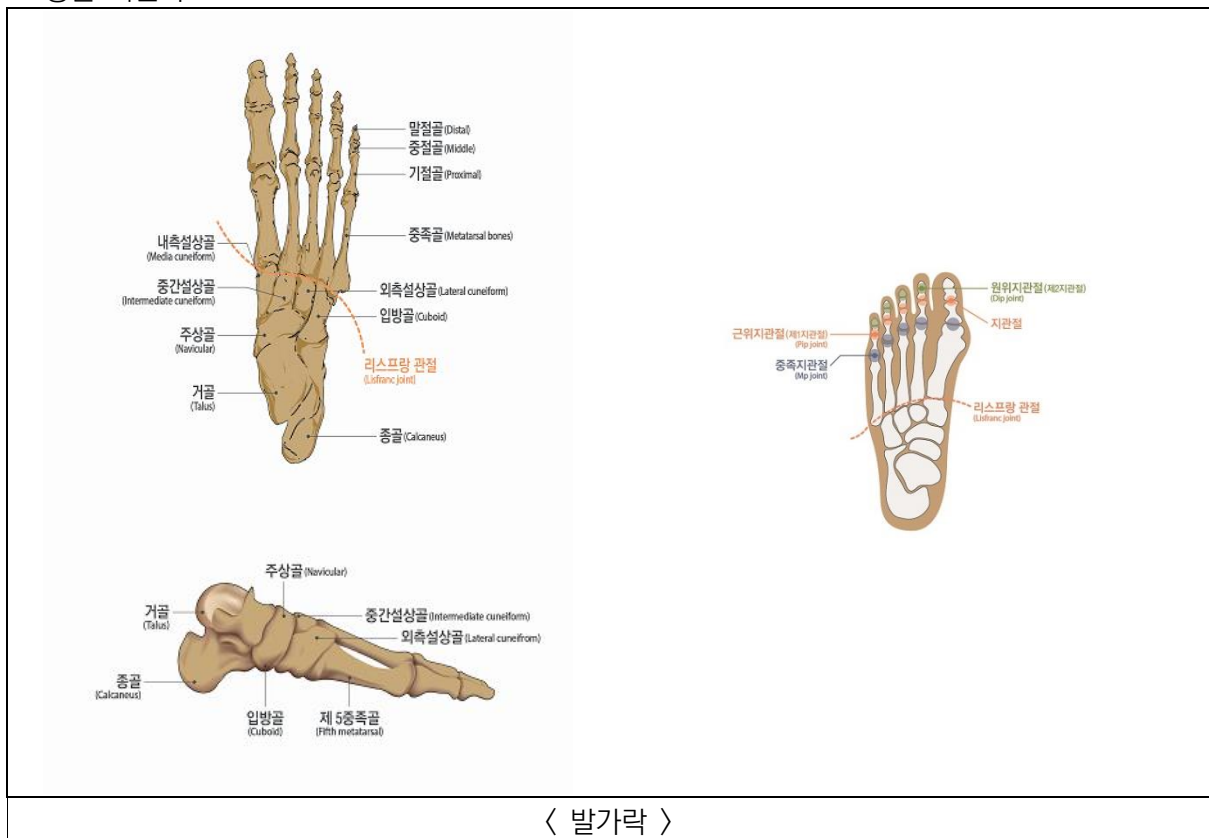
가. 장애의 분류

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) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	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 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 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. 장애판정기준

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

하된 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 5 점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2 점	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 인하여 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 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 12 개월 동안 지속적으로 치

료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 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 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

유형	제한 정도에 따른 지급률
<p>옷 입고 벗기</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 사무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

무배당전이암진단특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 전이암 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “보험계약일 및 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 전이암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- “보험계약일 및 부활(효력회복)일”로부터 90일이 경과한 이후에도 전이암 진단일이 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 전이암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한

현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당전이암진단특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“전이암”의 정의 및 진단확정】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 2

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 2

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 3

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 3

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 3

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 4

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 4

 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 6

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 6

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 7

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8

 (별표 2) 전이암 분류표..... 9

무배당전이암진단특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정
하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 세부보장: 이 특약은 아래의 세부보장으로 구성되며, 계약자는 아래의 세부보장을 동시에 가
입해야 합니다.

(세부보장)

1 형(림프절전이암), 2 형(특정전이암)

제 2-1 조의 3 【“전이암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “전이암”이라 함은 “림프절전이암”, “특정전이암”을 총칭합니다. 다만, 전암(前
癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)
는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “림프절전이암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 전이암 분류
표(별표 2 “전이암 분류표”)에서 “림프절전이암”으로 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “특정전이암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 전이암 분류표
(별표 2 “전이암 분류표”)에서 “특정전이암”으로 정한 질병을 말합니다.

④ “림프절전이암”, “특정전이암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않은 때에는 피보험자가 “림프절전이암”, “특정전이암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2-6 조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 전이암 보장개시일(이하 “전이암 보장개시일”이라 합니다) 이후에 피보험자에게 다음 세부보장별 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 1형(림프절전이암)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 림프절전이암으로 진단확정 되었을 경우

: 림프절전이암 진단비(다만, 최초 1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50%를 지급함)

2. 2형(특정전이암)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정전이암으로 진단확정 되었을 경우

: 특정전이암 진단비(다만, 최초 1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50%를 지급함)

제2-2 조의2 【보험료의 납입면제 사유】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

① 제1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

② 제2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 특약의 보험기간 중 피보험자가 전이암 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 전이암을 직접적인 원인으로 하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2 조(보험금의 지급사유)의 해당 세부보장의 보험금을 지급합니다. 다만, 전이암 보장개시일의 전일 이전에 전이암으로 진단이 확정된 경우에는 해당 세부보장의 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 3(“전이암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 전이암에 대한 회사의 보장개시일은 “계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 전이암 보장개시일이라 하며 회사는 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보

험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 주계약의 해지 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우, 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하게 되었을 경우, 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

- ② 제 1 항의 “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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

- ③ 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 각 세부보장별 해당하는 지급사유가 발생한 경우 해당 세부보장은 그때부터 효력이 없습니다.

- 1. 1형(림프절전이암)

피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프절전이암진단비 지급사유가 발생한 경우 1형(림프절전이암)은 그때부터 효력이 없습니다.

- 2. 2형(특정전이암)

피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정전이암진단비 지급사유가 발생한 경우 2형(특정전이암)은 그때부터 효력이 없습니다.

- ④ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 "계약일 또는 부활(효력회복)일"부터 전이암 보장개시일의 전일 이전에 제 2-1 조의 3(“전이암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 전이암으로 진단확정 되는 경우

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 1 형(림프절전이암)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
림프절전이암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 전이암 보장개시일 이후에 림프절전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	해당 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확정시 50%지급)

2. 2 형(특정전이암)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
특정전이암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 전이암 보장개시일 이후에 특정전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	해당 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확정시 50%지급)

주)

1. 전이암 보장개시일은 보험계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 세부보장에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 각각 1 회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

(세부보장)

1 형(림프절전이암), 2 형(특정전이암)

4. 이 특약의 보험기간중 피보험자에게 각 세부보장별 해당하는 지급사유가 발생한 경우 해당 세부보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

가. 1 형(림프절전이암)

피보험자에게 림프절전이암진단비 지급사유가 발생한 경우 1 형(림프절전이암)은 그때부터 효력이 없습니다.

나. 2 형(특정전이암)

피보험자에게 특정전이암진단비 지급사유가 발생한 경우 2 형(특정전이암)은 그때부터 효력이 없습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
림프절전이암 진단비 특정전이암 진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후의 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내: 평균공시이율의 50% 1 년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

전이암 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 전이암으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대 상 약 성 신 생 물	분 류 번 호
림프절전이암	· 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
특정전이암	· 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
	· 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
	· 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당정기특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 해약환급금 미지급형 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 목차

무배당정기특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	1
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	1
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	1
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”】.....	5
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8

무배당정기특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약의 부가시에
회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우 보험수익자에게 약정한 사망보험금(별표 1
“보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 차회 이
후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보
험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 “연명의료 중단 등 결정 및 그 이행”으로 피보험자가 사망하는 경우, 보험금 지급 여부의 판단이 되는 기준은 다음과 같습니다.
 - 1. 사망 시점은 “연명의료 중단 등 결정 및 그 이행”에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 - 2. 사망의 원인은 “연명의료”의 시행 사유(질병 또는 재해)로 합니다. 다만, “연명의료”의 시행 사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제 2-4 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 및 제 2-10 조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제 1 항에 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. 다만, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 「보험료를 산출할 때 적용하는 이율」을 연단위 복리로 할인한 금액과 비교하여 큰 금액을 지급합니다.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 20X1 년 1 월 1 일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6 천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3 년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
20X1 년 1 월 1 일	2 천만원
20X2 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
20X3 년 1 월 1 일	2 천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시

이율에 따라 계산됩니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음의 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

특히, 그 결과 피보험자가 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.

(부활(효력회복))

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인

경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형 및 해약환급금 일부지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우

2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【“계약자의 임의해지”】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-11조의2 【“피보험자의 서면동의 철회권”】

사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

금 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
사망보험금	피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우	특약 보험가입금액

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
사망보험금 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료의 납입면제의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당종합병원 1 인실입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 질병 및 재해 분류표에서 정하는 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관

에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- “종합병원”이라 함은 100개 이상의 병상을 갖추는 등 의료법 제3조의 3(종합병원)에서 정한 요건을 갖춘 종합병원을 말합니다.
- 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 만료된 경우에도 계속 중인 입원에 대하여는 제2-2조(보험금의 지급사유), 제2-3조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제2항 제4호의 규정에 따라 해당보험금을 지급하여 드립니다.

■ 목차

무배당종합병원 1 인실입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】.....	1
제 2-1 조의 4 【“종합병원”의 정의】.....	1
제 2-1 조의 5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	2
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	6
제 2-5 조 【사고증명서】.....	6
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	7
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	7
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	7
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	8
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	8
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	8
제 2-12 조 【해약환급금】.....	8
제 5 관 기타사항.....	9
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	9
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	10
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	11
(별표 2) 질병 및 재해분류표.....	12
(별표 3) 재해분류표.....	14
(별표 4) 의료법 제 3 조의 3(종합병원).....	16

무배당종합병원 1 인실입원특약 A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에 있어서 “재해”라 함은 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자가 질병 및 재해 분류표(별표2 “질병 및 재해분류표” 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“종합병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)(별표4 “의료법 제3조의3(종합병

원” 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)을 말합니다.

제2-1 조의5 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제2-1조의4(“종합병원”의 정의)의 종합병원 요건이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- 1. 법령의 개정에 따라 “종합병원” 요건 등이 폐지되는 경우
- 2. 법령의 개정에 따라 “종합병원” 요건이 불가능한 경우

(“종합병원” 구분이 불가능한 사례 예시)

종합병원 요건의 변경으로, 종합병원을 더 이상 구분하지 않고 진료과별 전문병원으로 지정하는 경우 등

- 3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

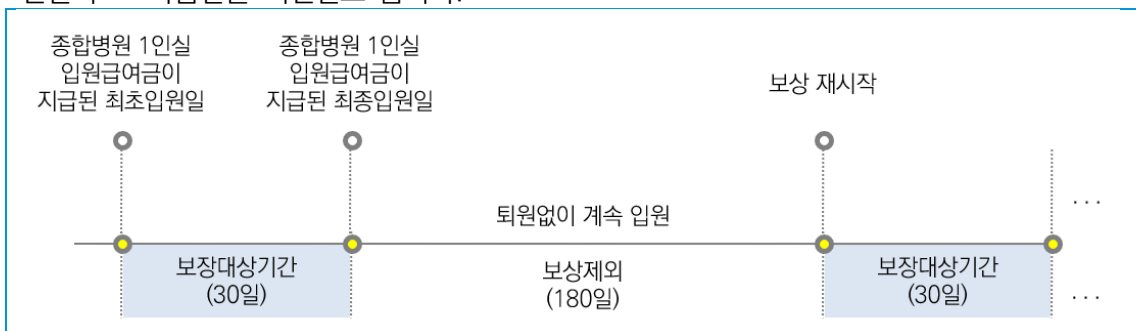
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원 1인실에 1일 이상 계속 입원하였을 경우 보험수익자에게 약정한 “종합병원 1인실 입원급여금”(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1회 입원당 지급일수 30일 한도로 하며, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50%를 지급함).

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 종합병원 1인실 입원급여금에 관한 세부규정은 다음과 같습니다.
 - 1. 종합병원 1인실 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고한도로 합니다.
 - 2. 제 1 호의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고 제 1 호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 종합병원 1인실 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 종합병원 1인실 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 1인실 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- 3. 피보험자가 2 가지 이상의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 종합병원 1인실에 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 종합병원 1인실 입원급여금을 지

급합니다.

4. 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 1 호의 규정에 따라 계속 종합병원 1 인실 입원급여금을 지급합니다.
5. 피보험자가 종합병원 1 인실에서 다른 종합병원 1 인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
6. 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
7. 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 1 인실 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
8. 피보험자가 '종합병원의 1 인실 이외의 병실 또는 종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원의 1 인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 1 인실 입원급여금을 지급합니다.

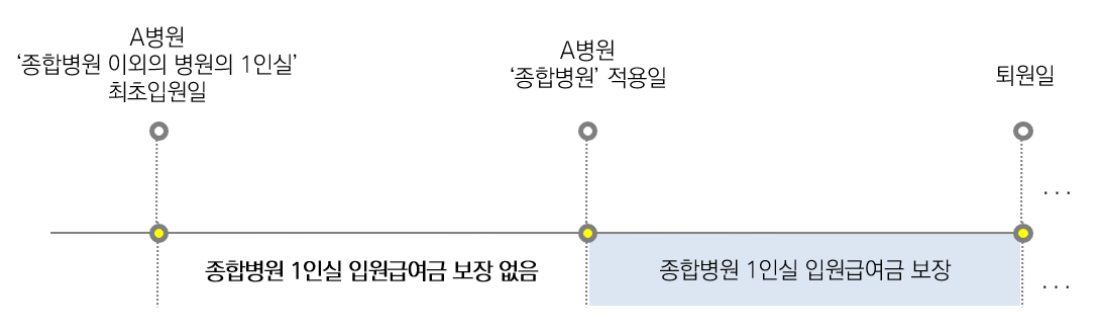
(사례 예시 - 병실 또는 병원을 이전하여 입원하는 경우)
 동일한 질병 또는 재해로 '종합병원의 1인실 이외의 병실 또는 종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우

[보험가입금액 10만원 기준]
 “종합병원 1 인실”로 이전하기 전 “종합병원의 1 인실 이외의 병실 또는 종합병원 이외의 병원” 입원시
 ☞ 보험금 지급대상 입원일수 : 종합병원 1인실 입원 20일
 ☞ 보험금 : 종합병원 1 인실 입원급여금 10만원 x 20일 = 200만원

9. 제 2-1 조의 5(법령 개정에 따른 특약내용의 변경) 제 1 항에도 불구하고 피보험자가 종합병원 이외의 병원의 1 인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정이 된 경우에는 종합병원 적용일부터 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 1 인실 입원급여금을 지급합니다.

(사례 예시 - 종합병원 지정되는 경우)

종합병원이 아닌 A병원의 1인실에 퇴원없이 계속하여 입원 중 A병원이 종합병원으로 지정 되는 경우



10. 피보험자가 종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대해서는 제1호, 제2호 및 제2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 1인실 입원급여금을 지급합니다.

(사례 예시 - 종합병원 지정 취소되는 경우)

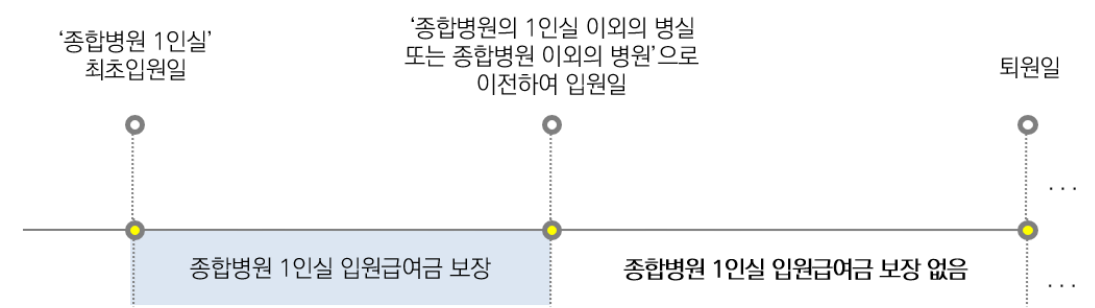
종합병원인 A병원의 1인실에 퇴원없이 계속하여 입원 중 A병원이 종합병원에서 지정 취소 되는 경우



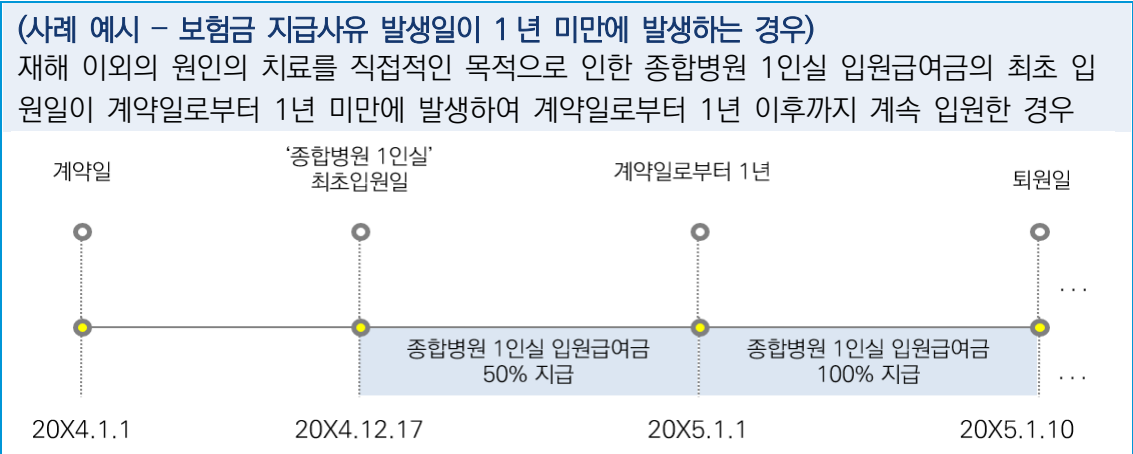
11. 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원의 1인실 이외의 병실 또는 종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 1인실 입원급여금을 지급합니다.

(사례 예시 - 병실 또는 병원을 이전하여 입원하는 경우)

동일한 질병 또는 재해로 종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원 1인실 이외의 병실 또는 종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우



12. 재해 이외의 원인의 치료를 직접적인 목적으로 인한 종합병원 1인실 입원급여금의 최초 입원일이 계약일로부터 1년 미만에서 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 종합병원 1인실 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 종합병원 1인실 입원급여금은 100%를 지급합니다.



13. 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “입원확인서(1인실 입원기간 기입) 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는

청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

		[기준: 특약 보험가입금액]
급부명	지급사유	지급금액
종합병원 1인실 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원 1인실에 1일 이상 계속 입원하였을 경우	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 30일 한도) (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)

주)

1. 이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 요건을 갖춘 종합병원을 말합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 재해 이외의 원인의 치료를 직접적인 목적으로 인한 종합병원 1인실 입원급여금의 최초 입원일이 계약일로부터 1년 미만에 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 종합병원 1인실 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 종합병원 1인실 입원급여금은 100%를 지급합니다.
4. 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
종합병원 1인실 입원급여금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 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.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

질병 및 재해분류표

1. 질병 및 재해의 정의

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 질병 및 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 봅니다.

- 2. 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 또는 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 볼 수 있어 질병 진단확정 또는 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 질병 및 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

의료법 제 3 조의 3(종합병원)

- ① 종합병원은 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 - 1. 100 개 이상의 병상을 갖출 것
 - 2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3 개 진료 과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7 개 이상의 진료 과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 3. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제 1 항 제 2 호 또는 제 3 호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다)외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 의료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

무배당종합병원암주요치료비보장특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

■ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

■ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “보험계약일 또는 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암, 기타피부암 및 갑상선암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암, 기타피부암 및 갑상선암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
- “종합병원”이라 함은 100개 이상의 병상을 갖추는 등 의료법 제3조의 3(종합병원)에서 정한 요건을 갖춘 종합 병원을 말합니다.

■ 목차

무배당종합병원암주요치료비보장특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2-1 조의 3 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 4 【“수술”의 정의와 장소】.....	3
제 2-1 조의 5 【“항암방사선치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 6 【“항암약물치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 7 【“암 주요치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 8 【“암 주요치료비” 및 “연간 암 주요치료비 총액”의 정의】.....	4
제 2-1 조의 9 【“종합병원”의 정의】.....	5
제 2-1 조의 10 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】.....	6
제 2 관 보험금의 지급 등.....	7
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	7
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	7
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	8
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	9
제 2-5 조 【사고증명서】.....	9
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	9
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	9
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	10
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	10
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	11
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	11
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	11
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	12
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	12
제 2-12 조 【해약환급금】.....	12
제 5 관 기타사항.....	12
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	12
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	14
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	18
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표Ⅱ(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	19

무배당종합병원암주요치료비보장특약 A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의 II】

이 특약에 있어서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 보험금 지급기간: 암, 기타피부암, 갑상선암 최초 진단확정일(이하 “최초 암진단확정일”이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 5 년까지의 기간으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
2. 연간: 최초 암진단확정일부터 그 날을 포함하여 매 1 년 단위로 도래하는 암진단확정 해당일(이하 “암진단확정 해당일”이라 합니다) 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 암진단확정 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 암진단확정 해당일로 합니다.

제 2-1 조의 3 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표 II(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition

or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

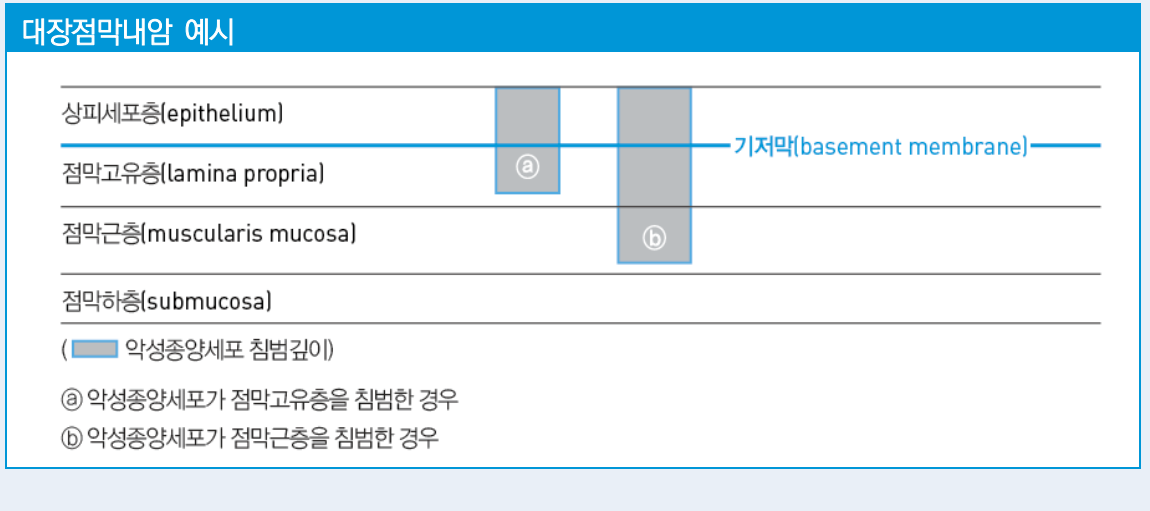
한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

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

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 그러나 제4항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 4 【“수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”에 의한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

③ 제1항의 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

제 2-1 조의 5 【“항암방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 2-1 조의 6 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2-1 조의 7 【“암 주요치료”의 정의】

① 이 특약에서 “암 주요치료”라 함은 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”을 제거하거나 “암, 기타피

부암 또는 갑상선암”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
 2. “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물 치료를 받은 경우
- ② 다음 각 호의 사항은 “암 주요치료”에 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 제거 또는 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. “암, 기타피부암 또는 갑상선암”이나 “암, 기타피부암 또는 갑상선암” 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호르몬 관련 치료제

(호르몬 관련 치료제)

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 기타 “암 주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제 2 항에도 불구하고, “암, 기타피부암 또는 갑상선암”으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

제 2-1 조의 8 【“암 주요치료비” 및 “연간 암 주요치료비 총액”의 정의】

① 이 특약에서 “암 주요치료비”이라 함은 제 2-1 조의 7(“암 주요치료”의 정의)에 따른 “암 주요치료”를 받고, 해당 치료로 인해 발생한 비용 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 “본인부담 급여의료비”이라 합니다)과 비급여 금액(이하 “비급여의료비”이라 합니다)의 합계액을 말합니다.

(급여)

「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로, 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

(본인부담금)

본인이 실제로 부담한 금액으로서 “요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금”과 “요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액 본인부담금”을 말합니다.

(비급여)

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여 항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

② 이 특약에서 “연간 암 주요치료비 총액”이라 함은 연간 발생한 “암 주요치료비”를 합산한 금액을 말합니다.

③ 제 2 항의 “연간 암 주요치료비 총액”은 제 2-1 조의 9(“종합병원”의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 금액에 한합니다.

④ 제 1 항의 “암 주요치료비” 중 암수술치료비는 “암, 기타피부암 또는 갑상선암” 수술로 인해 발생하는 비용으로 진료비 세부내역서의 “처치 및 수술료” 중 직접적으로 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”을 제거하거나 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.

(진료비 세부내역서)

진료비 세부내역서란 병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

⑤ 제 1 항의 “암 주요치료비” 중 항암약물치료비는 항암약물치료로 인해 발생하는 비용으로 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

⑥ 제 1 항의 “암 주요치료비” 중 항암방사선치료비는 항암방사선치료로 인해 발생하는 비용으로 진료비 세부내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

⑦ 제 4 항에서 제 6 항에도 불구하고 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료로 인해 호스피스완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스완화의료(정액수가)를 제 1 항의 “암 주요치료비”에 포함합니다.

⑧ 제 1 항에서 “본인부담 급여의료비”는 아래의 사유로 감면받은 경우 감면 전 “본인부담 급여의료비”를 기준으로 합니다.

1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나(다만, 제도 등에 따라 할인 받아 감면 전 금액을 명확하게 알 수 없는 경우에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 합니다) 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

⑨ 제 1 항의 “본인부담 급여의료비”는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 (「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

제 2-1 조의 9 【“종합병원”의 정의】

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)(별표3 “의료법 제3조의3(종합병원)” 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)을 말합니다.

제 2-1 조의 10 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제2-1 조의 9(“종합병원”의 정의)의 종합병원 요건이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

- 1. 법령의 개정에 따라 “종합병원” 요건 등이 폐지되는 경우
- 2. 법령의 개정에 따라 “종합병원” 요건이 불가능한 경우

(“종합병원” 구분이 불가능한 사례 예시)

종합병원 요건의 변경으로, 종합병원을 더 이상 구분하지 않고 진료과별 전문병원으로 지정하는 경우 등

- 3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ③ 회사는 제 2 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ⑤ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

- ⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 종합병원에서 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 “암 주요치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 총액”이 1 천만원 이상인 경우 다음과 같이 보험수익자에게 약정한 종합병원암주요치료비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다(다만, 최초 암진단확정일부터 최대 5 년간, 연간 1 회에 한함(최대 5 회지급)).

1. 피보험자의 “연간 암 주요치료비 총액”이 1 천만원이상 2 천만원미만 발생하였을 경우
: 종합병원암주요치료비(1 천만원이상 2 천만원미만) (다만, 연간 1 회에 한함)
2. 피보험자의 “연간 암 주요치료비 총액”이 2 천만원이상 3 천만원미만 발생하였을 경우
: 종합병원암주요치료비(2 천만원이상 3 천만원미만) (다만, 연간 1 회에 한함)
3. 피보험자의 “연간 암 주요치료비 총액”이 3 천만원이상 4 천만원미만 발생하였을 경우
: 종합병원암주요치료비(3 천만원이상 4 천만원미만) (다만, 연간 1 회에 한함)
4. 피보험자의 “연간 암 주요치료비 총액”이 4 천만원이상 5 천만원미만 발생하였을 경우
: 종합병원암주요치료비(4 천만원이상 5 천만원미만) (다만, 연간 1 회에 한함)
5. 피보험자의 “연간 암 주요치료비 총액”이 5 천만원이상 6 천만원미만 발생하였을 경우
: 종합병원암주요치료비(5 천만원이상 6 천만원미만) (다만, 연간 1 회에 한함)
6. 피보험자의 “연간 암 주요치료비 총액”이 6 천만원이상 7 천만원미만 발생하였을 경우
: 종합병원암주요치료비(6 천만원이상 7 천만원미만) (다만, 연간 1 회에 한함)
7. 피보험자의 “연간 암 주요치료비 총액”이 7 천만원이상 8 천만원미만 발생하였을 경우
: 종합병원암주요치료비(7 천만원이상 8 천만원미만) (다만, 연간 1 회에 한함)
8. 피보험자의 “연간 암 주요치료비 총액”이 8 천만원이상 9 천만원미만 발생하였을 경우
: 종합병원암주요치료비(8 천만원이상 9 천만원미만) (다만, 연간 1 회에 한함)
9. 피보험자의 “연간 암 주요치료비 총액”이 9 천만원이상 1 억원미만 발생하였을 경우
: 종합병원암주요치료비(9 천만원이상 1 억원미만) (다만, 연간 1 회에 한함)
10. 피보험자의 “연간 암 주요치료비 총액”이 1 억원 이상 발생하였을 경우
: 종합병원암주요치료비(1 억원이상) (다만, 연간 1 회에 한함)

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “보험금 지급기간”이란 제 2-1 조의 2(용어의 정의Ⅱ) 제 1 호에서 정의한 기간을 말합니다.

보험금(종합병원암주요치료비) 지급 예시				
- 계약일 : 20X0년 4월 1일				
- 보험가입금액 : 1,000만원				
- 위암 최초 진단확정일 : 20X2년 7월 1일				
- 대장암 최초 진단확정일 : 20X4년 8월 1일				
최초 암진단확정일 이후 종합병원에서 발생한 암 주요치료 및 보험금 지급 내역				
①	②	③	④	⑤
20X2.7.1 ~20X3.6.30	20X3.7.1 ~20X4.6.30	20X4.7.1 ~20X5.6.30	20X5.7.1 ~20X6.6.30	20X6.7.1 ~20X7.6.30
진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
위암 수술 : 800만원	위암 항암방사선치료 : 1,200만원	“암 주요치료” 미시행	위암 항암약물치료 : 800만원 대장암 항암방사선치료 : 2,000만원	대장암 수술 : 3,500만원 대장암 항암방사선치료 : 3,000만원
연간 암 주요치료비 총액 800만원	연간 암 주요치료비 총액 1,200만원		연간 암 주요치료비 총액 2,800만원	연간 암 주요치료비 총액 6,500만원
-	1,000만원	-	2,000만원	6,000만원

주)

- ① 보험금 미지급(연간 암 주요치료비 총액 : 1천만원 미만)
- ② 보험금 지급 : 1,000만원
- ③ 보험금 미지급 : “암 주요치료” 미시행
- ④ 보험금 지급 : 2,000만원
- ⑤ 보험금 지급 : 6,000만원

단, 20X2년 7월 1일 위암 최초 진단확정 이후 20X4년 8월 1일 대장암으로 최초 진단확정 받더라도 보험금 지급기간은 20X2년 7월 1일로부터 5년입니다.

- ③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 “암 주요치료”의 기준 산정 시 수술일은 수술개시일자, 항암방사선치료는 항암방사선치료일자, 항암약물치료는 항암약물투여일자로 합니다.
- ④ 제 2-1 조의 8(“암 주요치료비” 및 “연간 암 주요치료비 총액”의 정의)의 제 2 항에도 불구하고, 보험수익자가 매년 암진단확정 해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우 회사는 해당 보험금 청구일의 “연간 암 주요치료비 총액”을 기준으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에서 제 10 호에 해당하는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제 4 항에서 해당 보험금 청구일 이후 “연간 암 주요치료비 총액”이 변경되어, 변경된 기준에 해당하는 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 반면, 변경된 기준에 해당하는 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 감소한 경우 회사는 보험수익자에게 그 차액의 반환을 청구할 수 있습니다.

- ⑥ 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제 2 항의 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간과 관계없이 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 제 1-11 조(“보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약”의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 해지된 기간 동안 발생한 “암 주요치료비”는 “연간 암 주요치료비 총액”에 합산하지 않습니다.
- ⑧ 제 2 항에서 최초 암진단확정일 이후 다른 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단 확정된 경우, 가장 먼저 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단 확정받은 날을 “최초 암진단확정일”로 봅니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과서, 수술확인서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서(건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI) 필수 기재) 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제 1 항의 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 3(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항, 제 2 항 및 제 3 항에 정한 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”에 대한 회사의 보장개시일은 “계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 피보험자가 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되었을 경우에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제2-9조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

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.

(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 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제2-10조의2 【특약의 무효】

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 제3항의 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되는 경우.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급부명	지급사유	지급금액
종합병원암주요치료비 (1천만원이상 2천만원미만)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 “암 주요 치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 총액”이 1천만원이상 2천만원미만 발생하였을 경우	1,000 만원 (연간 1 회한)
종합병원암주요치료비 (2천만원이상 3천만원미만)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 “암 주요 치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 총액”이 2천만원이상 3천만원미만 발생하였을 경우	2,000 만원 (연간 1 회한)
종합병원암주요치료비 (3천만원이상 4천만원미만)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 “암 주요 치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 총액”이 3천만원이상 4천만원미만 발생하였을 경우	3,000 만원 (연간 1 회한)
종합병원암주요치료비 (4천만원이상 5천만원미만)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 “암 주요 치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 총액”이 4천만원이상 5천만원미만 발생하였을 경우	4,000 만원 (연간 1 회한)
종합병원암주요치료비 (5천만원이상 6천만원미만)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 “암 주요 치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 총액”이 5천만원이상 6천만원미만 발생하였을 경우	5,000 만원 (연간 1 회한)

급부명	지급사유	지급금액
종합병원암주요치료비 (6천만원이상 7천만원미만)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 “암 주요 치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 총액”이 6천만원이상 7천만원미만 발생하였을 경우	6,000만원 (연간 1회한)
종합병원암주요치료비 (7천만원이상 8천만원미만)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 “암 주요 치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 총액”이 7천만원이상 8천만원미만 발생하였을 경우	7,000만원 (연간 1회한)
종합병원암주요치료비 (8천만원이상 9천만원미만)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 “암 주요 치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 총액”이 8천만원이상 9천만원미만 발생하였을 경우	8,000만원 (연간 1회한)
종합병원암주요치료비 (9천만원이상 1억원미만)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 “암 주요 치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 총액”이 9천만원이상 1억원미만 발생하였을 경우	9,000만원 (연간 1회한)
종합병원암주요치료비 (1억원이상)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 “암 주요 치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 총액”이 1억원이상 발생하였을 경우	1억원 (연간 1회한)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
3. “암 주요치료비”는 “암 주요치료”를 받고, 해당 치료로 인해 발생한 비용 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 “본인부담 급여의료비”와 “비급여의료비”의 합계액을 말합니다.

4. “연간 암 주요치료비 총액”이라 함은 연간 발생한 “암 주요치료비”를 합산한 금액을 말합니다.
5. 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
6. “보험금 지급기간”이란 암, 기타피부암 또는 갑상선암 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
7. “연간”이란 “최초 암진단확정일”부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 암진단확정 해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 암진단확정 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 암진단확정 해당일로 합니다.
8. “암 주요치료”의 기준 산정 시 수술일은 수술개시일자, 항암방사선치료는 항암방사선치료일자, 항암약물치료는 항암약물투여일자로 합니다.
9. ‘4’에도 불구하고, 보험수익자가 매년 암진단확정 해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우 회사는 해당 보험금 청구일의 “연간 암 주요치료비 총액”을 기준으로 보험금을 지급합니다.
10. 보험금 청구일 이후 “연간 암 주요치료비 총액”이 변경되어, 변경된 기준에 해당하는 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 반면, 변경된 기준에 해당하는 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 감소한 경우 회사는 보험수익자에게 그 차액의 반환을 청구할 수 있습니다.
11. 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간과 관계없이 보험금을 지급합니다.
12. 약관 제 1-11 조(“보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약”의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 해지된 기간 동안 발생한 “암 주요치료비”는 “연간 암 주요치료비 총액”에 합산하지 않습니다.
13. “최초 암진단확정일” 이후 다른 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단 확정된 경우, 가장 먼저 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단 확정받은 날을 “최초 암진단확정일”로 봅니다.

보험금(종합병원암주요치료비) 지급 예시				
- 계약일 : 20X0년 4월 1일				
- 보험가입금액 : 1,000만원				
- 위암 최초 진단확정일 : 20X2년 7월 1일				
- 대장암 최초 진단확정일 : 20X4년 8월 1일				
최초 암진단확정일 이후 종합병원에서 발생한 암 주요치료 및 보험금 지급 내역				
①	②	③	④	⑤
20X2.7.1 ~20X3.6.30	20X3.7.1 ~20X4.6.30	20X4.7.1 ~20X5.6.30	20X5.7.1 ~20X6.6.30	20X6.7.1 ~20X7.6.30
진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
위암 수술 : 800만원	위암 항암방사선치료 : 1,200만원	“암 주요치료” 미시행	위암 항암약물치료 : 800만원 대장암 항암방사선치료 : 2,000만원	대장암 수술 : 3,500만원 대장암 항암방사선치료 : 3,000만원
연간 암 주요치료비 총액 800만원	연간 암 주요치료비 총액 1,200만원		연간 암 주요치료비 총액 2,800만원	연간 암 주요치료비 총액 6,500만원
-	1,000만원	-	2,000만원	6,000만원

주)

- ① 보험금 미지급(연간 암 주요치료비 총액 : 1천만원 미만)
- ② 보험금 지급 : 1,000만원
- ③ 보험금 미지급 : “암 주요치료” 미시행
- ④ 보험금 지급 : 2,000만원
- ⑤ 보험금 지급 : 6,000만원

단, 20X2년 7월 1일 위암 최초 진단확정 이후 20X4년 8월 1일 대장암으로 최초 진단확정 받더라도 보험금 지급기간은 20X2년 7월 1일로부터 5년입니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
종합병원암주요치료비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지 급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간 에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표 II
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

의료법 제 3 조의 3(종합병원)

- ① 종합병원은 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 - 1. 100 개 이상의 병상을 갖출 것
 - 2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3 개 진료 과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7 개 이상의 진료 과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 3. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제 1 항 제 2 호 또는 제 3 호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다)외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 의료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

무배당주요양성신생물(폴립포함)치료특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약 자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당주요양성신생물(폴립포함)치료특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“위·십이지장, 대장의 양성신생물(폴립 포함)”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	1
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	2
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	3
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	4
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	4
제 2-12 조 【해약환급금】.....	4
제 5 관 기타사항.....	5
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	5
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	6
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	7
(별표 2) 위·십이지장, 대장의 양성신생물(폴립 포함) 분류표.....	8

무배당주요양성신생물(폴립포함)치료특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“위·십이지장, 대장의 양성신생물(폴립 포함)”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “위·십이지장, 대장의 양성신생물(폴립 포함)”이라 함은 제 8차 개정 한국표준
질병사인분류 중 위·십이지장, 대장의 양성신생물(폴립 포함) 분류표(별표 2 “위·십이지장, 대장의
양성신생물(폴립 포함) 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “위·십이지장, 대장의 양성신생물(폴립 포함)”의 진단확정은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등
에 근거하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련
법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회
사가 “위·십이지장, 대장의 양성신생물(폴립 포함)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는
경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 위·십이지장, 대장 양성신생물(폴립 포함)로 진단확정 되었을 경우 보험수익자에게 약정한 위·십이지장, 대장 양성신생물(폴립 포함)치료비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다. (다만, 연간 1 회에 한하며, 계약일로부터 1 년미만에 진단확정시 50% 를 지급함.)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 “연간”이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 조직검사결과지, 내시경검사결과지 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
위·십이지장, 대장 양성신생물 (폴립 포함)치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 위·십이지장, 대장 양성신생물(폴립 포함)로 진단확정되었을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50%지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
위·십이지장, 대장 양성신생물 (폴립 포함)치료비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음날부터 30일내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 :평균공시이율의 50% 1 년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

위·십이지장, 대장의 양성신생물(폴립 포함) 분류표

I. 약관에서 규정하는 위·십이지장, 대장의 양성신생물(폴립 포함)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
위·십이지장	위의 양성신생물	D13.1
	십이지장의 양성신생물	D13.2
	위 및 십이지장의 폴립	K31.7
대장	맹장의 양성신생물	D12.0
	충수의 양성신생물	D12.1
	상행결장의 양성신생물	D12.2
	횡행결장의 양성신생물	D12.3
	하행결장의 양성신생물	D12.4
	구불결장의 양성신생물	D12.5
	상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6
	직장구불결장접합부의 양성 신생물	D12.7
	직장의 양성신생물	D12.8
	직장폴립	K62.1
결장의 폴립	K63.5	

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당

여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당중대한재해수술특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

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

■ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

■ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약 자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 중대한재해수술비가 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당중대한재해수술특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】..... 1

 제 2-1 조의 4 【“중대한 재해수술”의 정의】..... 2

제 2 관 보험금의 지급 등..... 2

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 2

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 2

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 3

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 3

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 3

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 4

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 4

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 5

제 5 관 기타사항..... 5

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 6

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 7

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 8

 (별표 2) 재해분류표..... 9

무배당중대한재해수술특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약의 부가시에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에 있어서 “재해”라 함은 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제2-1조의 3 【“수술”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사가 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(부연 설명)

변연절제를 포함한 창상봉합술은 과사된 조직을 제거하는 행위가 생체의 절단, 절제에 해당하므

로 이 특약에서 정하는 “수술행위”에 포함됩니다.

(신의료기술평가위원회)

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

제2-1조의4 【“중대한 재해수술”의 정의】

이 특약에 있어서 “중대한 재해수술”이라 함은 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 행하는 다음의 각 호에서 정한 개두수술, 개흉수술 또는 개복수술을 말합니다.

1. 개두(開頭)수술이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. 개흉(開胸)수술이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡격막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 수술을 말합니다. 또한 개흉술에 준하는 것으로서 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
3. 개복(開腹)수술이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내의 조작을 가할 때에 행하는 수술을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적 조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 중대한 재해수술을 받았을 때 보험수익자에게 약정한 중대한재해수술비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(수술 1회당).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가

발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 수술확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차

감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]		
급부명	지급사유	지급금액
중대한재해수술비	피보험자가 보험기간 중 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 중대한재해수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (수술 1 회당)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 중대한재해수술은 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 행하는 개두수술, 개흉수술 및 개복수술을 말합니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
중대한재해수술비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당중환자실입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

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

■ 목차

무배당중환자실입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)”의 정의】.....	1
제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	5
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 질병 및 재해분류표.....	9

무배당중환자실입원특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)”의 정의】

이 특약에서 있어서 “중환자실”(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)(이하 “중환자실”이라 합니다)이라 함은 의료법 제 36 조(준수사항) 제 1 호 및 동법 시행규칙 제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다.

제2-1조의3 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자가 질병 및 재해 분류표(별표2 “질병 및 재해분류표” 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

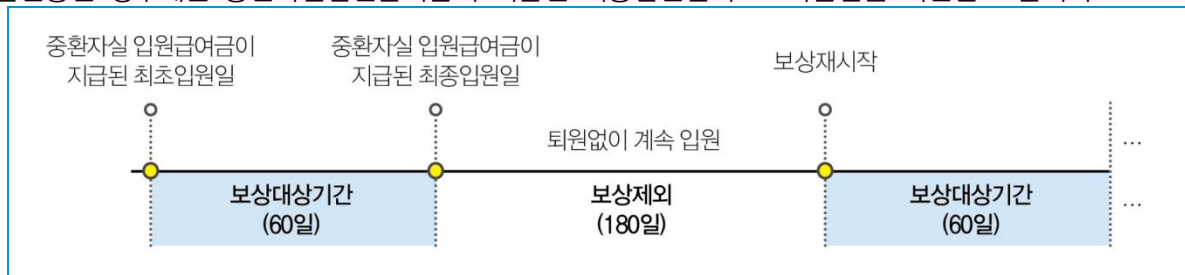
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 1 일 이상 계속 입원하였을 경우 보험수익자에게 약정한 중환자실입원급여금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (다만, 1 회 입원당 지급일수 60 일한도)

제 2-2 조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 중환자실입원급여금의 지급일수는 1 회 입원당 60 일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2 회 이상 한 경우에는 1 회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고 제 2 항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 중환자실입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180 일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 2 항의 규정에 따라 계속 중환자실입원급여금을 지급합니다.
- ⑤ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.

- ⑥ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “중환자실입원확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우이나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
중환자실 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 경우	1 일당 특약 보험가입금액 (1 회 입원당 지급일수 60 일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
중환자실입원급여금 (제 2-2 조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후의 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

질병 및 재해분류표

1. 질병 및 재해의 정의

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2 조 제2 호에 규정한 제1 급감염병

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 질병 및 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 봅니다.

- 2. 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 또는 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 볼 수 있어 질병 진단확정 또는 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 질병 및 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

무배당질병수술보장(1-7종)특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 수술코드에 해당하는 행위의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.
- “수술코드”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG”체계로 분류되는 경우에 부여하는 “ADRG” 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

■ 목차

무배당질병수술보장(1-7 종)특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】..... 1

 제 2-1 조의 4 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... 3

 제 2-1 조의 5 【“입원”의 정의와 장소】..... 3

 제 2-1 조의 6 【“통원”의 정의와 장소】..... 3

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 4

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 4

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 4

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 6

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 6

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 7

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 7

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 7

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 7

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 8

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 8

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 8

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 8

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 9

제 5 관 기타사항..... 9

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 9

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 10

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 12

(별표 2) 1~7 종 수술분류표..... 13

(별표 3) 수술 보장 대상 질병 및 재해분류표..... 37

(별표 4) 재해분류표..... 39

무배당질병수술보장(1-7 종)특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 세부보장: 이 특약은 아래의 세부보장으로 구성되며, 계약자는 아래의 세부보장을 동시에 체결해야 합니다.

(세부보장)

1종 질병수술, 2종 질병수술, 3종 질병수술, 4종 질병수술, 5종 질병수술, 6종 질병수술, 7종 질병수술

2. 수술 보장 대상 질병 및 재해: (별표3) 수술 보장 대상 질병 및 재해분류표에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”를 말합니다.
3. 재해: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
4. 수술 보장 대상 질병: “수술 보장 대상 질병 및 재해” 중 “재해”를 제외한 보장 대상 질병을 말합니다.

제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 하며,

한의사는 제외합니다)가 피보험자의 “수술 보장 대상 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원(이하 “병원” 이라 합니다)에서 의사의 관리하에 “1~7 종 수술분류표(별표 2 “1~7 종 수술분류표” 참조, 이하 “1~7 종 수술분류표”라 합니다)에서 정한 수술코드(이하 “수술코드”라 합니다)”에 해당하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 “수술코드”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG”체계로 분류되는 경우에 부여하는 “ADRG” 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

(“KDRG(Korean Diagnosis Related Group)”)

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

(“ADRG(Adjacent DRG)”)

KDRG의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

※ 이 약관에서는 KDRG의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

※ 이 특약의 “수술코드” 및 “ADRG”는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)에서 정의된 바에 따릅니다.

③ 제 2 항의 “수술코드”에서 향후 “ADRG”의 개정으로 동일한 수술에 대해 수술코드가 변경되는 경우 이 특약에서 정한 수술코드를 따릅니다. 다만, 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 “1~7 종 수술분류표”의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다.

(예시)

이 특약에서 정한 간이식에 해당하는 수술코드는 “A010”이었으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점의 수술코드가 “A080”으로 변경된 경우에도 회사는 “A010”에 해당하는 간이식 수술보험금을 지급합니다.

☞ 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 “주진단 범주(MDC)와 시술명”을 이 특약에서 정한 “KDRG”기준에 적용합니다.

☞ 신의료수술 도입 등의 이유로 “ADRG”가 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단 범주(MDC)와 시술명을 확인한 후 이 특약에서 정한 수술코드를 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제 2 항 및 제 3 항에도 불구하고 이 특약에서 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제 1 항의 “수술”은 [건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2021-132 호, 2021. 4. 30)] 제 2 부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제 2 장(검사료) 및 제 3 장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제 3 장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료는 “수술”에 포함하여 보장합니다.

(설명)

[건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수]는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제 2-1 조의 4 【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 이 특약의 보장내용 및 범위 등이 「KDRG(ADRG)”, 국민건강보험 및 의료급여 관련 법령 및 규정」이 폐지 또는 개정되어 이 특약의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약 내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제 2 항에 따라 계약자에게 안내합니다.
- ② 회사는 제 1 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함)에는 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ④ 제 1 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑤ 제 1 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

제 2-1 조의 5 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사가 "수술 보장 대상 질병"으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-1 조의 6 【“통원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사가 "수술 보장 대상 질병"으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실하지 않고, 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 1~7 종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 1~7 종 수술분류표에서 정한 수술종류에 따라 질병수술비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다. 다만, 「1 회의 입원당 1 회의 수술」 또는 「1 회의 통원(1 일 1 회의 통원에 한함)당 1 회의 수술」에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 연간 3 회에 한하여 보장합니다.

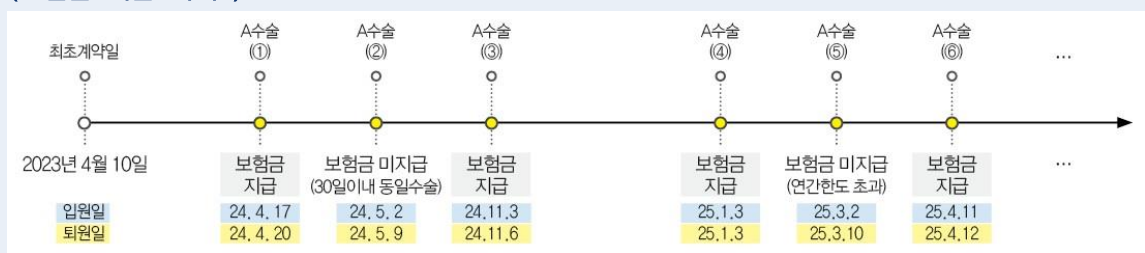
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 “연간”이란 계약일부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 질병수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그 수술이 행해진 「해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일」의 다음 날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 「입원의 입원일 또는 통원의 통원일」까지의 기간이 30 일 이내인 경우 질병수술비를 지급하지 않습니다.

(보험금 지급 예시1)



주)

- ① A 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫번째 A 수술)
- ② 보험금 미지급(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일(2024 년 4 월 20 일)부터 다음 동일수술이 행해진 입원의 입원일(2024 년 5 월 2 일)까지의 기간(12 일)이 30 일 이내이므로 보험금 미지급
- ③ A 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두번째 A 수술)
- ④ A 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세번째 A 수술)
- ⑤ 보험금 미지급(A 수술의 횟수가 연간 지급횟수(3 회)를 초과하여 보험금 미지급)
- ⑥ A 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫번째 A 수술)

(보험금 지급 예시2)



주)

- ① A 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫번째 A 수술)
(수술종류가 높은 A 수술에 해당하는 보험금 지급)
- ② B 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫번째 B 수술)
- ③ B 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두번째 B 수술)
- ④ B 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세번째 B 수술)
- ⑤ B 수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫번째 B 수술)

※ 직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일(2025년 4월 3일)부터 동일 수술이 행해진 입원의 입원일(2025년 4월 11일)까지의 기간(8일)이 30일 이내이지만 새로운 연간에 해당되므로 보험금 지급

④ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받을 경우 피보험자의 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 연간 3회에 한하여 질병수술비를 지급합니다.

(설명)

“ADRG”는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2 가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1 일 2 회 이상 통원하여 2 가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 해당 종의 질병수술비를 지급합니다. “수술종류가 높은 하나의 수술코드”란 2 가지 이상의 수술코드 중 질병수술비가 가장 높은 수술 종류의 수술코드를 의미합니다.

⑥ 피보험자가 동일한 "수술 보장 대상 질병"으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 병원을 이전하여 입원하거나 동일한 병원에 재입원하는 경우 새로운 입원으로 보고 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑦ 피보험자가 계속입원 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 180 일 이내에 해당 입원 중 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 제4 항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술(수술코드상 J051 또는 J052. 이하 동일)과 유방절제술(수술코드상 J061 또는 J062 를 말하며, J063 은 제외. 이하 동일)을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술이 아니라 유방절제술에 해당하는 수술코드가 발생한 것으로 보아 해당 질병수술비만 지급합니다. 다만, 그 수술코드(유방절제술)로 지

급받은 보장횟수가 연 3 회를 초과하는 경우에는 해당 질병수술비를 지급하지 않습니다.

(설명)

피보험자가 입원을 하고 유방재건술(J051)과 유방절제술(J061)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 “ADRG”는 유방재건술(J051)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제 8 항에 따라 유방재건술(J051)에 해당되는 “3 종 질병수술비”가 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 “6 종 질병수술비”를 지급합니다.

- ⑨ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 입원 또는 통원하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제 2-1 조의 3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.
- ⑩ 제 5 항에도 불구하고 제 9 항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 질병수술비와 제 9 항의 수술코드에 해당하는 질병수술비를 각각 지급합니다.
- ⑪ “단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도, 회사는 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑫ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인 요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진료비세부내역서(수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 입퇴원확인서, 진료비계산서, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료기록부, 장애진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

※ 단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구

시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

(설명)

수가코드는 [건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)]에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항

에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입주기 및 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지

급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 각 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
		세부보장	해당 지급금액
질병수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 1~7종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때	1종 질병수술	해당 보험가입금액
		2종 질병수술	해당 보험가입금액
		3종 질병수술	해당 보험가입금액
		4종 질병수술	해당 보험가입금액
		5종 질병수술	해당 보험가입금액
		6종 질병수술	해당 보험가입금액
		7종 질병수술	해당 보험가입금액

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. “연간”이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 질병수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그 수술이 행해진 「해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일」의 다음 날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 「입원의 입원일 또는 통원의 통원일」까지의 기간이 30일 이내인 경우 질병수술비를 지급하지 않습니다.
4. 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받을 경우 피보험자의 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 연간 3회에 한하여 질병수술비를 지급합니다.
5. “4”에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 해당 종의 질병수술비를 지급합니다. “수술종류가 높은 하나의 수술코드”란 2가지 이상의 수술코드 중 질병수술비가 가장 높은 수술 종류의 수술코드를 의미합니다.
6. 피보험자가 동일한 “수술 보장 대상 질병”으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 병원을 이 전하여 입원하거나 동일한 병원에 재입원하는 경우 새로운 입원으로 보고 보장합니다.
7. 피보험자가 계속입원 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 180일 이내에 해당 입원 중 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 이 특약에서

정한 바에 따라 보장합니다.

8. 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 입원 또는 통원하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 약관 제 2-1 조의 3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.
9. “5”에도 불구하고 “8”에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 질병수술비와 “8”의 수술코드에 해당하는 질병수술비를 각각 지급합니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
질병수술비 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과 기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

1~7 종 수술분류표

이 특약의 약관에서 규정하는 수술코드는 다음에서 정한 수술코드를 말합니다.

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
간 이식	간 이식	A010	7
폐 이식	폐 이식	A020	7
심장 이식	심장 이식	A030	7
췌장 이식	췌장 이식	A040	7
소장 이식	소장 이식	A050	7
조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061	7
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062	7
신장 이식	신장 이식	A070	7
체외순환막형산화요법 (ECMO), 개심술 미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
기관 절개술	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091	1
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092	1
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 미사용	A096	1
사지 이식	사지 이식	A100	7
뇌동맥류 수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	7
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	7
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	5
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	5
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	7
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018	5
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	7

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	7
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	5
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착 · 폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	5
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	5
혈종제거술 및 기타 개두술(외상 제외)	혈종제거술(외상 제외)	B031	7
	두개내 감압술(외상 제외)	B032	7
	두개골 성형술(외상 제외)	B033	7
두개외 혈관수	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	경피적 두개외 혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050	7
뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061	7
	단순 천막상부 종양절제술	B062	7
	복잡 천막하부 종양절제술	B063	7
	단순 천막하부 종양절제술	B064	7
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	5
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066	7
신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070	6
뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	6
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	6
정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	5
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092	5
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093	5
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	5
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	5
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	5
뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100	5
뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110	4
외상 개두술	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121	6
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122	6
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123	6
	두개내 감압술(외상 관련)	B124	7

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
외상 개두술	두개골 성형술(외상 관련)	B125	7
기타 개두술	기타 개두술	B130	6
천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	천두술(뇌내)	B142	4
	천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	B151	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	5
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
기타 신경계 수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202	1
	수근관 이완술	B203	1
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	기타 신경계 수술	B205	1
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211	4
	복잡 척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	후안부 관통상 수술	C014	1
안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	단순 안와 수술	C023	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
안구 수술(종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2
안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051	2
	기타 각막이식수술	C052	2
	공막 및 각막윤부이식수술	C053	2
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080	1
녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101	1
	기타 단순 안구내 수술	C102	1
사시 수술	복잡 사시 수술	C111	1
	단순 사시 수술	C112	1
안검 수술	복잡 안검 수술, 제 1 형	C121	1
	복잡 안검 수술, 제 2 형	C122	1
	복잡 안검 수술, 제 3 형	C123	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
안검 수술	주요 안검 수술, 제 1 형	C124	1
	주요 안검 수술, 제 2 형	C125	1
	주요 안검 수술, 제 3 형	C126	1
	기타 안검 수술	C127	1
눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131	1
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
결막 수술	결막낭 재건술	C141	1
	복잡 결막 수술	C142	1
	단순 결막 수술	C143	1
기타 안구외 수술	기타 안구외 수술	C150	1
내이 수술	귀 이식술	D011	5
	주요 내이 수술	D012	3
	단순 내이 수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021	2
	유양돌기 수술	D022	2
	고실 수술	D023	2
	이소골 재건술	D024	2
	등골수술	D025	2
	환기관삽입 고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	단순 외이 및 귀 수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	6
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	6
부비동 개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
코 수술	주요 코 수술	D081	1
	비중격 및 비갑개수술	D082	1
	단순 코 수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	6
후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101	6
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	6
경부림프절절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	악관절 수술	D121	2
	주요 안면골 수술	D122	2
	단순 안면골 수술	D123	2
두경부 재건술	두경부 재건술	D130	2
타액선 수술	이하선수술	D141	2
	악하선 및 설하선 수술	D142	2
	기타 타액선 수술	D143	1
	타석제거술	D144	1
경부 수술	경부 수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
구강, 인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200	1
주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011	6
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	6
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	6
	기타 폐 수술	E014	6
	종격동 수술	E015	6
	주요 흉곽 수술	E016	6
	기타 흉곽 수술	E017	3
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018	6
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019	6
기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032	1
	호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	기타 호흡기계 수술	E034	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530	1
자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011	5
	자동체내제세동기 교정술	F012	5
심장판막 수술(심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	7
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	7
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	7
심장판막 수술(심도자술 미사용)	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	7
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	7
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	7
관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공 심장폐장치 사용)	F041	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공 심장폐장치 미사용)	F043	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	7
기타 심흉부 수술	심장 중격결손증 수술	F051	7
	기타 복잡 심장 기형 교정술	F052	7
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	6
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
주요 혈관 복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공 심장폐장치 사용)	F062	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	7
주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공 심장폐장치 미사용)	F072	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	6
대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	대동맥박리 경피적 수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
경도관 심장 결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술 (두경부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환 장애 절단술(수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	6
순환 장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252	1
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260	1
식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	6
	기타 주요 식도 수술	G012	5
	기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	6
직장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	6
경향문 및 경천골 접근 직장절제술	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	6
	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	6
주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050	6
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060	5
위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071	6
	개복에 의한 위전절제술	G072	6
위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081	6
	개복에 의한 위아전절제술	G082	6
기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
결장 및 직장 전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	6
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	6
결장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	6
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	6
결장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
장루 수술	장루 수술	G180	3
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190	4
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202	1
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204	1
총수절제술	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260	1
치핵 수술	주요 치핵 수술	G271	1
	단순 치핵 수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
치루 수술	주요 치루 수술	G291	1
	단순 치루 수술	G292	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
경향문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311	1
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320	1
기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332	1
소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	구불결장경 시술	G531	1
	구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	G540	1
소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010	6
간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021	6
	기타 간담도 복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030	6
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	6
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042	6
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	개복에 의한 간 수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
담도 절제술(림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	6
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	6
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5
담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
췌장절제술	복강경을 이용한 췌장절제술	H111	6
	개복에 의한 췌장절제술	H112	6
췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	개복에 의한 췌장 수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 간담도 및 췌장 시술	경피적 담관경 시술	H145	3
	경피적 담관 시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	5
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	5
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510	5
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021	4
	고관절 전치환술	I022	4
	고관절 부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031	3
	슬관절 전치환술	I032	3
	슬관절 부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041	2
	기타 관절 전치환술	I042	2
	기타 관절 부분치환술	I043	2
	인공관절삽입물 제거술	I044	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	5
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 척추 수술	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
절단술	주요 절단술	I111	6
	기타 절단술	I112	3
골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	6
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	6
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	6
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	근농양 배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	회전근개 수술	I181	1
	관절와순 수술	I182	1
	복수 진단 견부 수술	I183	1
	기타 견부 수술	I184	1
	십자인대 수술	I191	1
슬부 수술	반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	기타 슬관절 수술	I194	1
	주관절 및 전완부 수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	기타 족부 및 족관절 수술	I213	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
체내고정장치 제거술	체내고정장치 제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
미세혈관 조직이식 및 피부이식	미세혈관 조직이식	I261	3
	기타 피판술	I262	2
	피부 및 지방 이식술	I263	2
연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271	1
	주요 연조직 수술	I272	1
	단순 연조직 수술	I273	1
기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	대퇴부 골절 수술	I282	3
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	전완부 골절 수술	I286	2
	수부 골절 수술	I287	1
기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	I311	4
	복잡 척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321	2
	복잡 관절고정술	I322	2
	복잡 사지관절절제술	I323	1
	복잡 가관절수술	I324	2
	복잡 반월판연골절제술	I325	1
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	복잡 화농성관절염절개술	I331
	복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041	4
	피부 및 연조직 수술	J042	1
	기타 피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061	6
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062	6
	유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
액와 수술	액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100	1
교감신경절제술	교감신경절제술	J110	2
내분비, 영양 및 대사 장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	6
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021	7
	복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023	7
	단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024	7
부신 수술	복강경을 이용한 부신수술	K031	4
	개복에 의한 부신수술	K032	4
내분비, 영양 및 대사 장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	6
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	6
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	6
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	전립선 신생물 수술	L026	4
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	6
신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
요관 수술	요관 수술	L040	2
방광 수술	개복에 의한 방광 수술	L051	4
	경피적 방광 수술	L052	2
	경요도 방광 수술	L053	1
전립선 수술	전립선 수술	L060	2
요도 수술	주요 요도 수술	L071	1
	요도경하 요도 수술	L072	1
	기타 요도 수술	L073	1
	복잡 요실금 수술	L074	1
	단순 요실금 수술	L075	1
요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	연성내시경하 수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111	1
	외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010	1
전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021	4
	기타 전립선 적출술	M022	3
기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030	1
음경 수술	복잡 음경 수술	M041	1
	단순 음경 수술	M042	1
	페이로니 병 수술	M043	1
포경수술	포경수술	M050	1
요도 수술	주요 요도 수술	M061	1
	단순 요도 수술	M062	1
음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071	1
	단순 음낭 수술	M072	1
고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	단순 고환 수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	고환 및 생식기 적출술	M093	6
기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500	1
자궁 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	6
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	6
주요 자궁절제술(악성 종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022	2
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	6

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	6
난소 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
부속기 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	5
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	5
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121	1
자궁경 수술	자궁경 수술	N130	1
자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만(다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
분만 및 유산 관련 자궁 적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
분만 및 유산 관련 경피적 혈관수술	분만 및 유산 관련 경피적 혈관수술	O141	2
산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	O142	2
비장 절제술	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012	4
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013	4
다발성 중요 외상 치료 목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	7
다발성 중요 외상 치료 목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료 목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	5
다발성 중요 외상 치료 목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
다발성 중요 외상 치료 목적의 복부 혈관색전술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	W050	3
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	하지 손상의 기타 수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	수부 손상의 기타 수술	X052	1
기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060	1
중증 화상(피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2
기타화상(피부 이식 동반)	기타화상(피부 이식 동반)	Y030	1

주)

1. 상기의 "수술코드"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급

여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 "KDRG"체계로 분류되는 경우에 부여하는 "ADRG" 중 회사가 정한 코드를 말합니다. 이 특약의 "수술코드" 및 "ADRG"는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG 코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2021-132 호, 2021.4.30)」에서 정의된 수가코드 및 제 8 차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준입니다.

2. "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 또한, "ADRG(Adjacent DRG)"는 KDRG 의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말하며, ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.
3. "1"에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 입원 또는 통원하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우도 포함합니다.
4. "1"에도 불구하고 "단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우도 포함합니다.
5. 이 특약은 KDRG 버전 4.4 의 "ADRG"중 다음의 "ADRG"는 보장하지 않습니다.
 - 1) "ADRG"에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60~99"에 해당하는 경우
(예시) "ADRG"가 "B601"의 경우 첫번째 자리(알파벳("B"))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60"이므로 이 특약에서 보장하지 않습니다.

2) 아래 표에 기재된 ADRG

대분류명	수술명	ADRG
신경계 면역요법	치료적 성분채집술	B501
	신경계 면역요법	B502
뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시	B510
자기뇌파검사 지도화	자기뇌파검사 지도화	B520
코성형술	코성형술	D070
구순열 및 구개열 수술	구순열 및 구개열 수술	D180
구강내 수술	치조골 수술	D191
	구강내 점막수술	D192
	단순 혀 수술	D193
발치	발치	D300
보존치료	치아 보존치료	D502
기타 호흡기계 수술	호흡기 질환을 위한 진단적 시술	E031
호흡기계 질환, 침습적 인공	침습적 인공호흡기 96 시간 이상(신대체요법 동반)	E501

대분류명	수술명	ADRG
호흡기 96 시간 이상	침습적 인공호흡기 96 시간 이상(신대체요법 미동반)	E502
호흡기계 질환, 침습적 인공 호흡기 96 시간 미만	침습적 인공호흡기 96 시간 미만(신대체요법 동반)	E511
	침습적 인공호흡기 96 시간 미만(신대체요법 미동반)	E512
경기관지 폐생검	경기관지 폐생검	E540
폐흉부질환의 침습인 생검	폐흉부질환의 침습인 생검	E550
선천성 심장병 협착 질환의 경피적 수술	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술 (스텐트 사용)	F171
	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)	F172
	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173
진단 목적의 경피적 심혈관 시술	심장 전기 생리 검사	F501
	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술	F502
	진단적 관상동맥 조영술	F503
	심근생검	F504
	심낭천자	F505
선천성 결장 및 직장항문 기형 수술	선천성 거대결장 및 장무공증 수술	G161
	주요 직장항문 기형 수술	G162
	기타 직장항문 기형 수술	G163
기타 소화기계 수술	소화기계 질환을 위한 진단적 시술	G331
간담도 진단적 시술	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)	H131
	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)	H132
진단적 역행성담체관내시경	진단적 역행성담체관내시경	H530
관절경검사	관절경검사	I230
생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술	I240
근골격계 질환의 침생검	근골격계 질환의 침생검	I510
유방재건술	유두 및 유륜재건술	J053
유방 질환의 침습인생검	유방 질환의 침습인생검	J500
갑상선 질환의 침습인생검	갑상선 질환의 침습인생검	K500
요로 질환 수술	선천성 요로 질환 수술	L113
요관경검사	요관경검사	L500
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	정관 수술	M094
전립선 생검	전립선 생검	M510
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술	N122
자궁소파술	진단적 자궁소파술	N142
여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	N151
	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	N152

대분류명	수술명	ADRG
방사선원삽입요법(악성종양의 경우)	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)	N170
질식분만(초산)	일반 질식분만(초산)	O041
	고위험 질식분만(초산)	O042
질식분만(경산)	일반 질식분만(경산)	O051
	고위험 질식분만(경산)	O052
제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만	O061
	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만	O062
질식분만(복합 수술 동반)	질식분만(복합 수술 동반)	O073
자궁경관봉축술	예방적 자궁경관봉축술	O101
입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)	P010
신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술	P020
신생아, 입원시 체중 < 75g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)	P030
신생아, 입원시 체중 75-999g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)	P040
신생아, 입원시 체중 1-1249g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)	P050
신생아, 입원시 체중 125-1499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)	P060
신생아, 입원시 체중 15-1999g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)	P070
신생아, 입원시 체중 2-2499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)	P080
신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)	P090
비장 절제술	소아의 비장 절제술	Q011
기타 혈액 및 조혈기관 수술	기타 혈액 및 조혈기관 수술	Q020
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020
림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)	R030
기타 신생물 질환(기타 수술 시행)	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)	R040
치료적 성분채집술	치료적 성분채집술	R500
감염 및 기생충 질환 수술	패혈증 수술(합병증 동반)	T011
	패혈증 수술(합병증 미동반)	T012
	외상 후 감염 수술	T013

대분류명	수술명	ADRG
	수술 후 감염 수술	T014
	기타 감염 질환 수술	T015
정신장애 치료목적의 수술	정신장애 치료목적의 수술	U010
기타 보건의료서비스에 관한 수술	기타 보건의료서비스에 관한 수술	Z010

3) KDRG 버전4.4에서 규정한 "Error DRG" 및 "960 DRG"

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ "Error DRG"이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

※ "960 DRG"이라 함은 "Error DRG"는 아니지만 입원 2일 이내에 조기사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다.

(별표 3)

수술 보장 대상 질병 및 재해분류표

1. “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 정의

이 보험약관에서 “수술 보장 대상 질병 및 재해”는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

2. “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않는 사항

[1. “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않습니다.

- ① 다음의 “가~마”에 해당하는 사항
 - 가. 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병
 - 나. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)으로 인한 질병
 - 다. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)로 인한 질병
 - 라. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
 - 마. 한의병명, 한의병증 및 사상체질병증(U22~U32,U50~U79,U95~U98)
- ② 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ③ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ④ 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑤ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑥ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

주)

- 1. () 안은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당될 수 없었다고

하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”인 경우에는 이 약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 봅니다.

2. 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해” 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 “수술 보장 대상 질병 및 재해” 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해” 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 또는 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 볼 수 있어 질병 진단확정 또는 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 보지 않습니다.

3. 위 [1. “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

(별표 4)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이

후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당질병장해보장특약(갱신형)_3~100%장해형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 이 특약의 보험기간은 20년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 20년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 20년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 20년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 질병관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당질병장해보장특약(갱신형)_3~100%장해형 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 1

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 1

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 4

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 5

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 5

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 6

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 7

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 7

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 7

제 5 관 기타사항..... 7

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 7

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 8

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 9

 (별표 2) 장해분류표..... 10

 (별표 3) 재해분류표..... 33

무배당질병장해보장특약(갱신형)_3~100%장해형 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 20년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 20년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 장해 : (별표2) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
2. 재해 : (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 “질병”(재해 이외의 장해상태 발생 원인을 말합니다.)으로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었

을 때에는 보험수익자에게 약정한 질병장해보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 질병을 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑨ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑩ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 다른 질병으로 인하여 장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 질병장해보험금을 지급 받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병장해보험금에서 이미 지급받은 질병장해보험금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정

한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 그 질병 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 질병장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 질병장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 질병장해보험금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 질병장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애

(사례)

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장애(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 그 손목관절의 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장애지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장애지급률 20%를 뺀 10%에 해당하는 질병장해보험금을 지급합니다.

2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 질병장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 질병장해보험금이 지급되지 않았던 장애

(사례)

재해로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률15%)가 된 피보험자가 이후에 질병으로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률35%)가 된 경우에는 장애지급률 35%에서 재해로 인한 장애지급률 15%뺀 20%에 해당하는 질병장해보험금을 지급합니다(이 특약은 질병으로 인한 장애를 보장하며 재해로 인한 장애는 보장하지 않습니다).

⑫ 동일한 질병으로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑬ 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 제2항에 의하여 장애지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장애지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

제2-3조의2 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제2-2 조(보험금의 지급사유)에 따른 질병장해보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항에 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. 다만, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 「보험료를 산출할 때 적용하는 이율」을 연단위 복리로 할인한 금액과 비교하여 큰 금액을 지급합니다.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 20X1년 1월 1일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
20X1년 1월 1일	2천만원
20X2년 1월 1일	2천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
20X3년 1월 1일	2천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시 이율에 따라 계산됩니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 최초계약의 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다.)의 보험기간 만료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다.)을 보장개시일로 합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-10조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- 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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제2-5조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
질병장해 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 질병으로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	특약 보험가입금액 x 해당 장해지급률

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적립기간	지급이자
질병장해보험금 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 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 이후의 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 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.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

장해분류표

■ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 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 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 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받

은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

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

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 시력장해의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3 회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주 1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주 2)} 상태를 포함한다.

※ 주 1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를

평가한다.

- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우

를 말한다.

- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력 검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30 점 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(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 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 14 개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7 개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5 개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

- 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물 (죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1 개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 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 1 년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레

- 이 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 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 1/2 을 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
 - 가) 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 성인에 서는 8×10 cm(1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)로 간주 한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 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 정

- 상만곡을 고려하여 평가한다.
- 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 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 6 개월 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 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 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: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 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 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

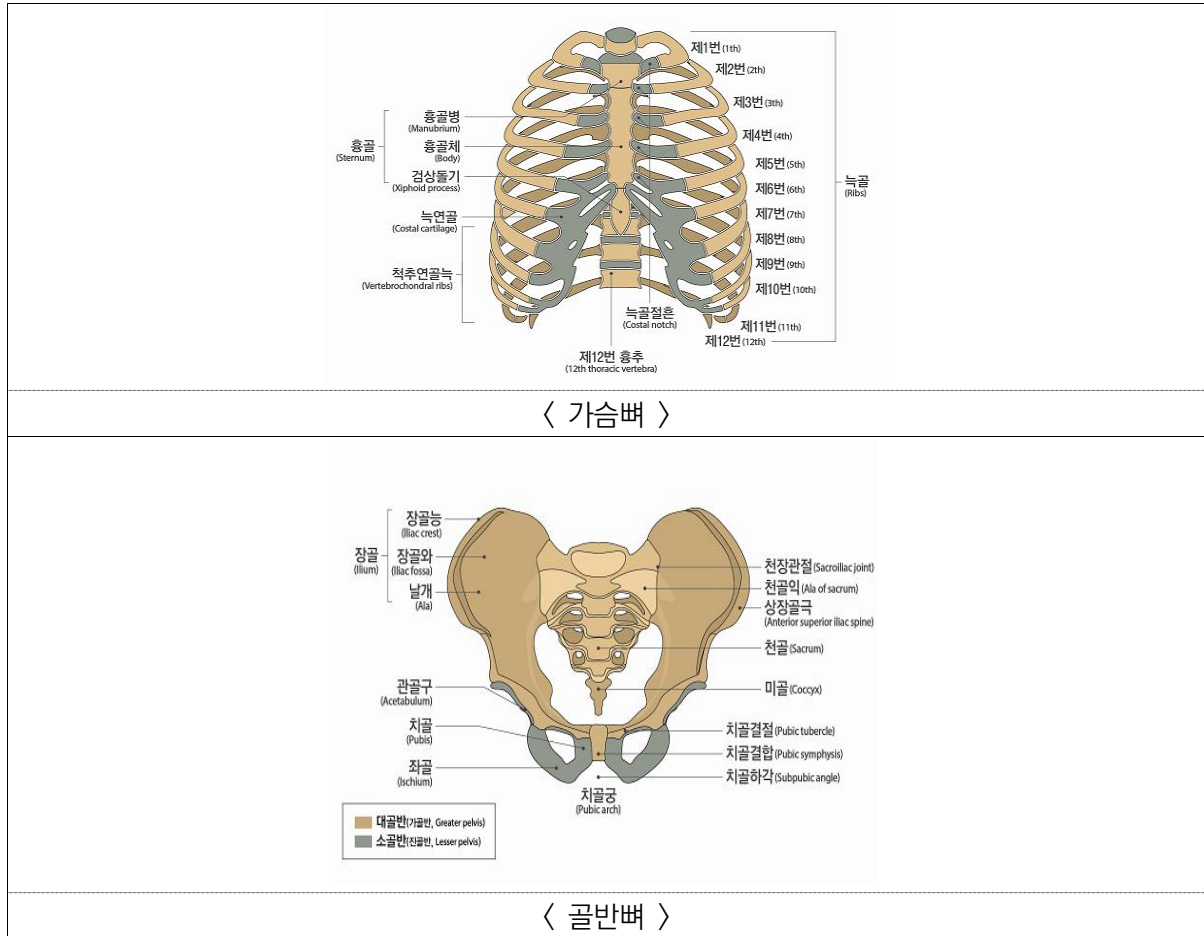
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 장해판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 장해판정기준

- 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) ‘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 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 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^㉞이 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 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) '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 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 손가락을 모두 잃었을 때	
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	55
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	15
4) 한 손의 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10 30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 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 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단 되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 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 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

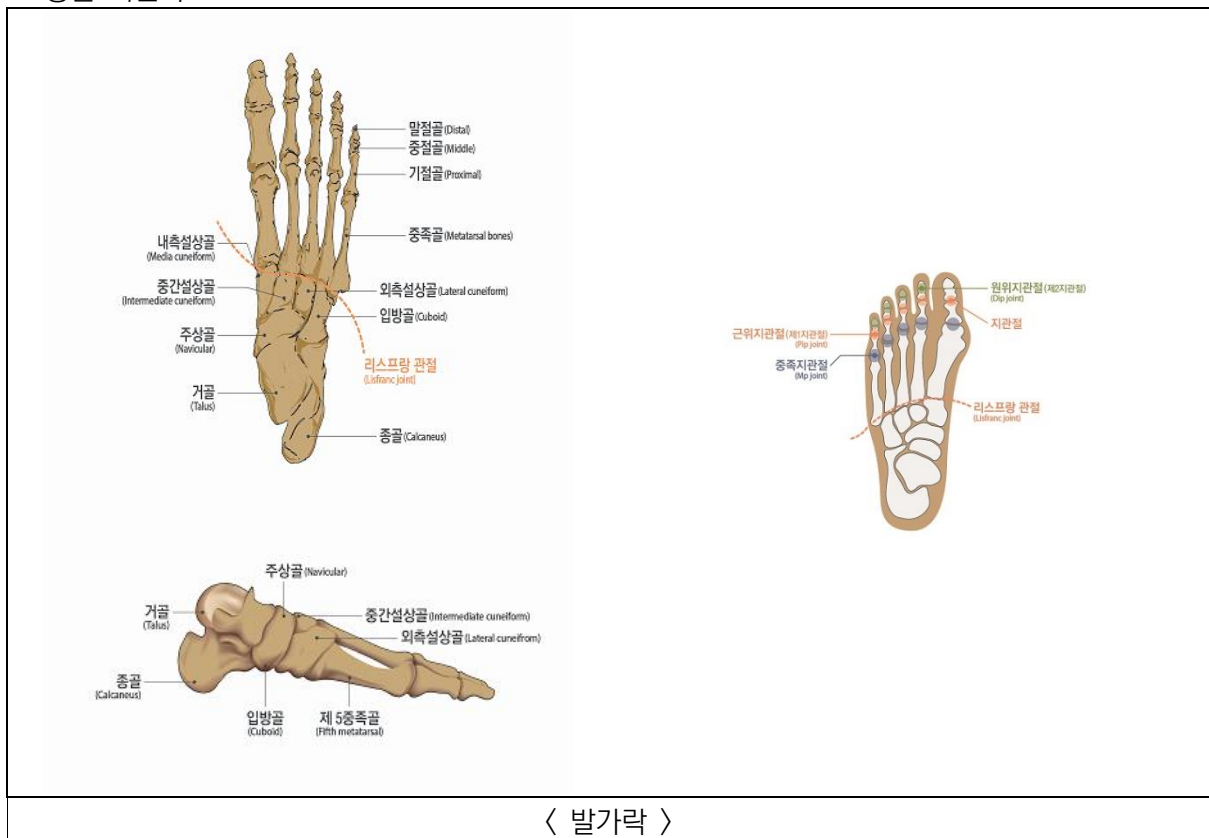
가. 장애의 분류

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) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	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 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 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. 장애판정기준

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

하된 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 5 점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2 점	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 인하여 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 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 12 개월 동안 지속적으로 치

료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 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 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

유형	제한 정도에 따른 지급률
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 사무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

(별표 3)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당질병장해보장특약 A1_3~100%장해형

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 피보험자가 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 질병관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 목차

무배당질병장해보장특약 A1_3~100%장해형 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	1
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	1
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-3 조의 2 【보험금 받는 방법의 변경】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	5
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	6
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	6
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	6
제 2-12 조 【해약환급금】.....	6
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 장애분류표.....	10
(별표 3) 재해분류표.....	33

무배당질병장해보장특약 A1_3~100%장해형 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의Ⅱ】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제1-2조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정
의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 장해 : (별표2) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
2. 재해 : (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 “질병”(재해 이외의 장해상태 발
생 원인을 말합니다.)으로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었
을 때에는 보험수익자에게 약정한 질병장해보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 질병을 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우에는 각 파생장애의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장애의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑨ 장해분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑩ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 다른 질병으로 인하여 장애가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 질병장해보험금을 지급 받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병장해보험금에서 이미 지급받은 질병장해보험금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 그 질병 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 질병장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 질병장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 질병장해보험금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 질병장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애

(사례)

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장애(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 그 손목관절의 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장애지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장애지급률 20%를 뺀 10%에 해당하는 질병장해보험금을 지급합니다.

2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 질병장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 질병장해보험금이 지급되지 않았던 장애

(사례)

재해로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률15%)가 된 피보험자가 이후에 질병으로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률35%)가 된 경우에는 장애지급률 35%에서 재해로 인한 장애지급률 15%뺀 20%에 해당하는 질병장해보험금을 지급합니다(이 계약은 질병으로 인한 장애를 보장하며 재해로 인한 장애는 보장하지 않습니다).

⑫ 동일한 질병으로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑬ 1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 제2항에 의하여 장애지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장애지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

제2-3조의2 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제2-2 조(보험금의 지급사유)에 따른 질병장해보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항에 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. 다만, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 「보험료를 산출할 때 적용하는 이율」을 연단위 복리로 할인한 금액과 비교하여 큰 금액을 지급합니다.

(보험금을 나누어 지급받는 경우 예시)

예) 2023년 1월 1일(평균공시이율 2.25% 가정) 보험금 지급사유가 발생하였으나 6천만원의 보험금을 일시에 받지 않고 동일한 금액으로 3년간 매년 나누어 지급받는 경우.

지급일	지급금액
2023년 1월 1일	2천만원
2024년 1월 1일	2천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) = 20,450,000 원
2025년 1월 1일	2천만원 × (1+평균공시이율 2.25%) ² = 20,910,125 원

※ 평균공시이율 2.25%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 계약 체결 시점의 평균공시 이율에 따라 계산됩니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “장해진단서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- 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.

(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 결정

- ③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
질병장해 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 질병으로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	특약 보험가입금액 x 해당 장해지급률

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
질병장해보험금 (제2-2조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후의 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 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.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

장해분류표

■ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 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 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 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받

은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

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

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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. 장해판정기준

- 시력장해의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3 회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주 1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주 2)} 상태를 포함한다.

※ 주 1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있을 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를

평가한다.

- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우

를 말한다.

- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력 검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30 점 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(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 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 장해의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

- 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물 (죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1 개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 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 1 년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레

- 이 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 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 1/2 을 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
 - 가) 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 성인에 서는 8×10 cm(1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)로 간주 한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 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 정

- 상만곡을 고려하여 평가한다.
- 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 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 6 개월 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 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 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: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 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 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

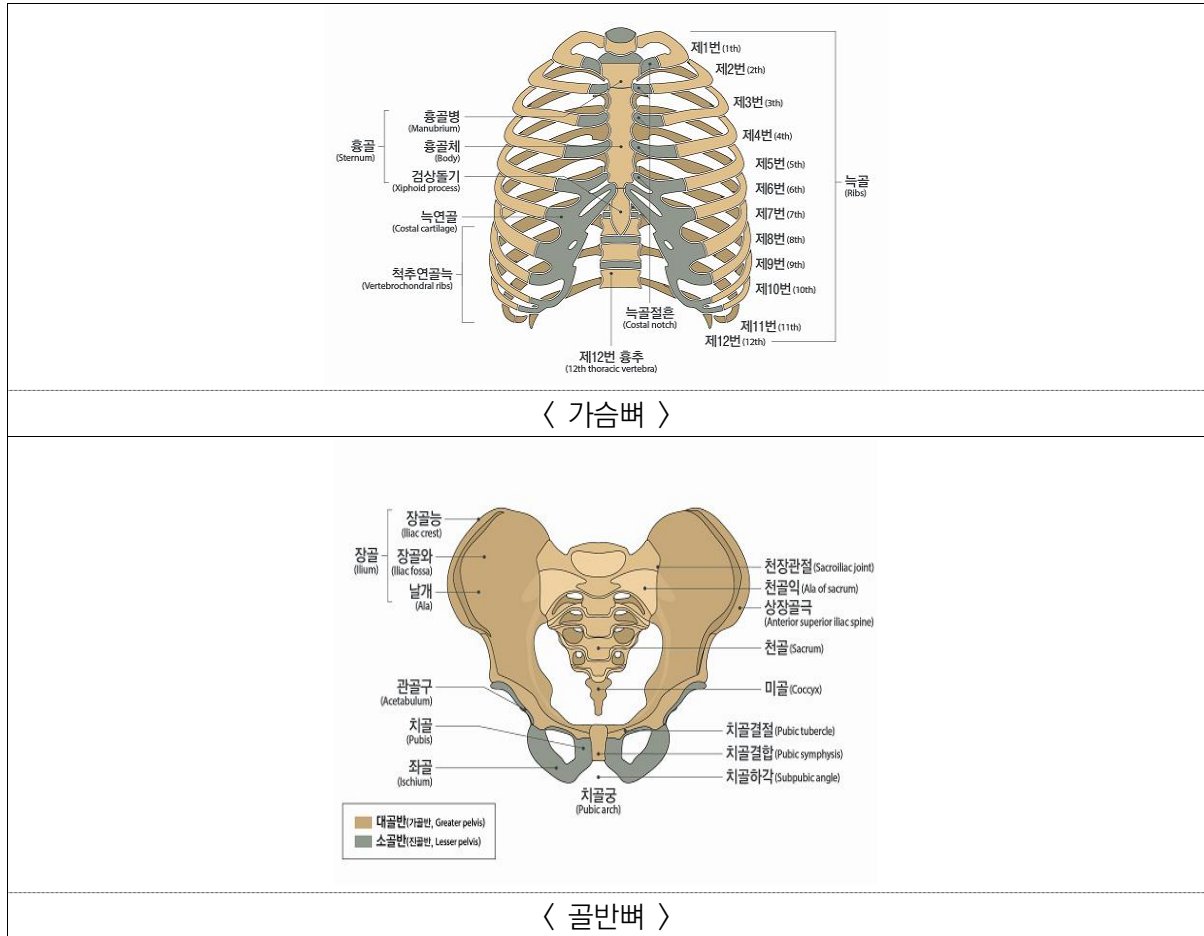
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 장해판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 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. 장해판정기준

- 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) ‘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 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 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^㉞이 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 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 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 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 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 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 손가락을 모두 잃었을 때	
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	55
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	15
4) 한 손의 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10 30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 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 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단 되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 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 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

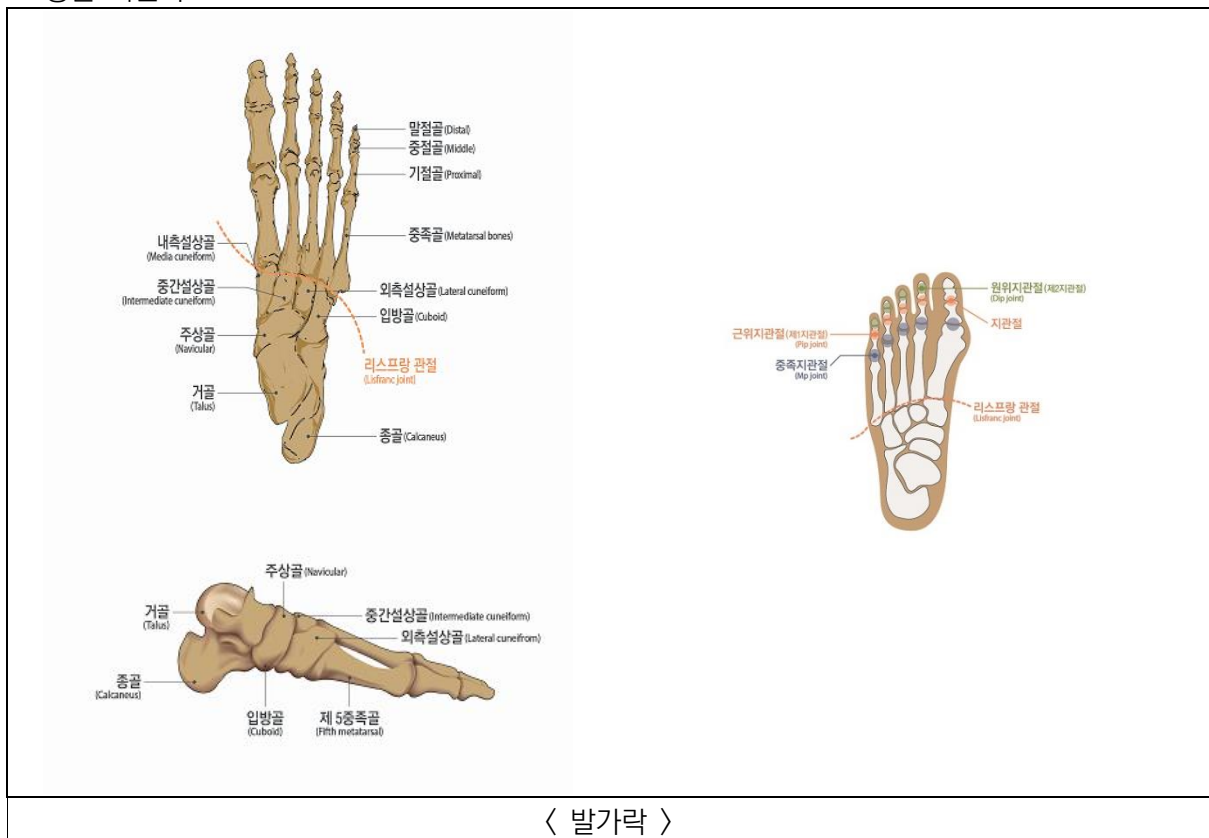
가. 장애의 분류

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) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	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 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 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. 장애판정기준

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

하된 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 5 점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2 점	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 인하여 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 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 12 개월 동안 지속적으로 치

료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.

마) 장애인단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 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 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

유형	제한 정도에 따른 지급률
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 사무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

(별표 3)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

무배당첫날부터입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때에 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

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

■ 목차

무배당첫날부터입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“입원”의 정의와 장소】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	1
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	1
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	3
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	5
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	5
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 질병 및 재해분류표.....	9

무배당첫날부터입원특약 A1 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 정한 소정의 범위내에서 정합니다.

제 2-1 조의 2 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라
합니다)에 의하여 피보험자가 질병 및 재해분류표(별표2 “질병 및 재해분류표” 참조)에서 정하는 질
병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정
한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이
나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는
것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1
일 이상 계속 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 입원급여금(별표 1 “보험금 지급기준표”

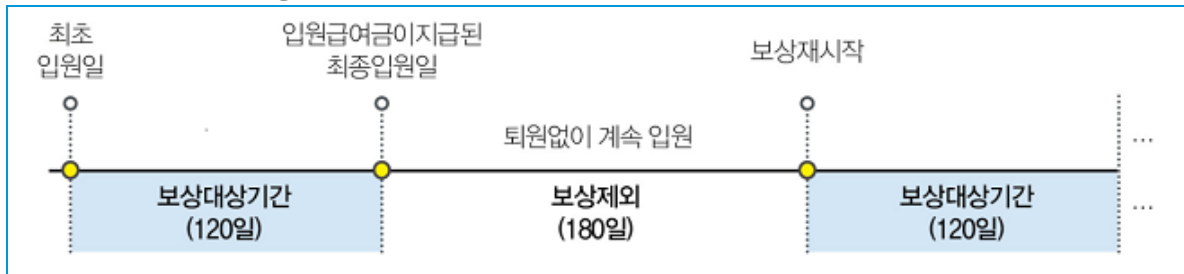
참조)을 지급합니다(다만, 1회 입원당 지급일수 120일 한도).

제 2-2 조의 2 【보험료 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원급여금을 지급합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “입원확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지

급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은“(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1 일 이상 계속 입원하였을 경우	입원일수 1 일당 특약 보험가입금액 (1 회 입원당 지급일수 120 일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
입원급여금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 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.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

질병 및 재해분류표

1. 질병 및 재해의 정의

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2 조 제2 호에 규정한 제1 급감염병

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 질병 및 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병 또는 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 봅니다.

- 2. 질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 또는 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 또는 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 볼 수 있어 질병 진단확정 또는 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 질병 및 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 질병 및 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

무배당통합암진단특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형 및 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “보험계약일 및 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 통합암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- “보험계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 90일이 경과한 이후에도 통합암 진단일이 보험계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

- 통합암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당통합암진단특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【용어의 정의Ⅱ】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“통합암”의 정의 및 진단확정】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 4

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 4

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 4

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 5

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 5

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 5

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 5

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 6

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 6

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 6

 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 7

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 8

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 8

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 8

제 5 관 기타사항..... 9

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 9

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 10

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 13

 (별표 2) 통합암 분류표..... 14

무배당통합암진단특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위내에서 정합니다.

제2-1조의2 【용어의 정의II】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 제 1-2 조(용어의 정의) 및 이 특약의 다른 조항에서 달리 정
의하지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 세부보장: 이 특약은 아래의 세부보장으로 구성되며, 계약자는 아래의 세부보장을 동시에 체
결해야 합니다.

(세부보장)

1형(위암), 2형(대장암), 3형(간암), 4형(폐암), 5형(식도·췌장·담낭·기타담도암),
6형(남녀생식기암·유방암), 7형(특정암)

제 2-1 조의3 【“통합암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “통합암”이라 함은 “위암”, “대장암”, “간암”, “폐암”, “식도·췌장·담낭·기타담
도암”, “남녀생식기암·유방암”, “특정암”을 총칭합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “위암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 통합암 분류표(별표 2
“통합암 분류표”의 위암 참조)에서 “위암”으로 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “대장암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 통합암 분류표(별표
2 “통합암 분류표”의 대장암 참조)에서 “대장암”으로 정한 질병을 말합니다.

- ④ 이 특약에 있어서 “간암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 통합암 분류표(별표 2 “통합암 분류표”의 간암 참조)에서 “간암”으로 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “폐암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 통합암 분류표(별표 2 “통합암 분류표”의 폐암 참조)에서 “폐암”으로 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에 있어서 “식도·췌장·담낭·기타담도암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 통합암 분류표(별표 2 “통합암 분류표”의 식도·췌장·담낭·기타담도암 참조)에서 “식도·췌장·담낭·기타담도암”으로 정한 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에 있어서 “남녀생식기암·유방암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 통합암 분류표(별표 2 “통합암 분류표”의 남녀생식기암·유방암 참조)에서 “남녀생식기암·유방암”으로 정한 질병을 말합니다.
- ⑧ 이 특약에 있어서 피보험자가 여성인 경우에 한하여 제 1 항에서 정한 “통합암” 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 “유방암”이라 합니다.
- ⑨ 이 특약에 있어서 “특정암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 통합암 분류표(별표 2 “통합암 분류표”의 특정암 참조)에서 “특정암”으로 정한 질병을 말합니다.
- ⑩ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말하며, 제 9 항에서 정한 “특정암”에 포함됩니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

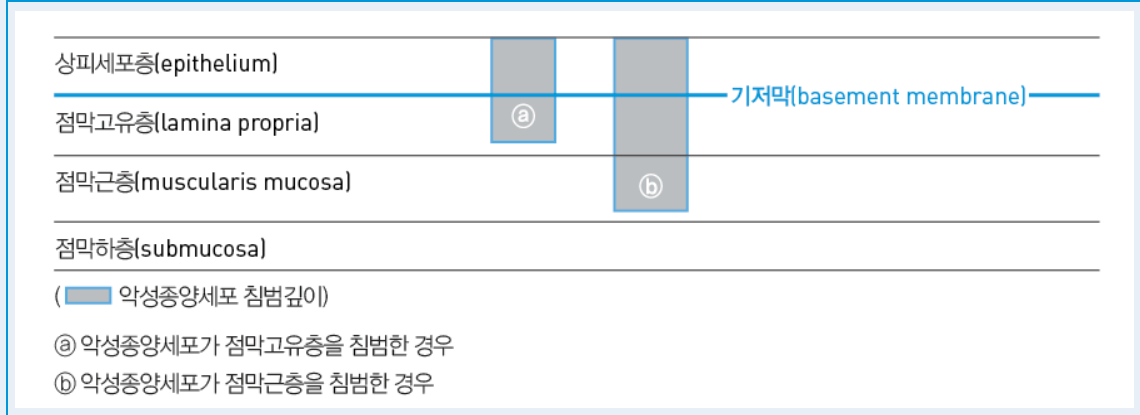
- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제 3 항에서 정한 “대장암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



① “위암”, “대장암”, “간암”, “폐암”, “식도·혜장·담낭·기타담도암”, “남녀생식기암·유방암”, “특정암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “위암”, “대장암”, “간암”, “폐암”, “식도·혜장·담낭·기타담도암”, “남녀생식기암·유방암”, “특정암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

② 그러나 제11항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “위암”, “대장암”, “간암”, “폐암”, “식도·혜장·담낭·기타담도암”, “남녀생식기암·유방암”, “특정암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

“진단이 가능하지 않을 때” 예시

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 피보험자에게 다음 세부보장별 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각 1 회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 1 형(위암)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 위암으로 진단확정 되었을 경우

: 위암진단비(다만, 최초 1 회에 한하며 계약일로부터 1 년 미만 진단확정시 50%를 지급함)

2. 2 형(대장암)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대장암으로 진단확정 되었을 경우

: 대장암진단비(다만, 최초 1 회에 한하며 계약일로부터 1 년 미만 진단확정시 50%를 지급함)

3. 3 형(간암)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 간암으로 진단확정 되었을 경우

: 간암진단비(다만, 최초 1 회에 한하며 계약일로부터 1 년 미만 진단확정시 50%를 지급함)

4. 4 형(폐암)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 폐암으로 진단확정 되었을 경우

: 폐암진단비(다만, 최초 1 회에 한하며 계약일로부터 1 년 미만 진단확정시 50%를 지급함)

5. 5 형(식도·췌장·담낭·기타담도암)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 식도·췌장·담낭·기타담도암으로 진단확정 되었을 경우

: 식도·췌장·담낭·기타담도암 진단비(다만, 최초 1 회에 한하며 계약일로부터 1 년 미만 진단확정시 50%를 지급함)

6. 6 형(남녀생식기암·유방암)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 남녀생식기암·유방암으로 진단확정 되었을 경우

: 남녀생식기암·유방암진단비(다만, 최초 1 회에 한하며 계약일로부터 1 년 미만 진단확정시 50%를 지급함. 유방암의 경우에는 계약일로부터 180 일 경과 이전에 진단확정시에는 10%를 지급함)

7. 7 형(특정암)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정암으로 진단확정 되었을 경우

: 특정암진단비(다만, 최초 1 회에 한하며 계약일로부터 1 년 미만 진단확정시 50%를 지급함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 통합암을 직접적인 원인으로 하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 해당 세부보장의 보험금을 지급합니다. 다만, 암보장개시일의 전일 이전에 통합암으로 진단이 확정된 경우에는 해당 세부보장의 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입) 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 3(“통합암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 통합암에 대한 회사의 보장개시일은 “계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족

관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 주계약의 해지 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우, 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하게 되었을 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
- 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 각 세부보장별 해당하는 지급사유가 발생한 경우 해당 세부보장은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 1형(위암)

피보험자에게 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 위암진단비 지급사유가 발생한 경우 1형(위암)은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 2형(대장암)

피보험자에게 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 대장암진단비 지급사유가 발생한 경우 2형(대장암)은 그때부터 효력이 없습니다.

3. 3형(간암)

피보험자에게 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 간암진단비 지급사유가 발생한 경우 3형(간암)은 그때부터 효력이 없습니다.

4. 4형(폐암)

피보험자에게 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 폐암진단비 지급사유가 발생한 경우 4형(폐암)은 그때부터 효력이 없습니다.

5. 5형(식도·췌장·담낭·기타담도암)

피보험자에게 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 식도·췌장·담낭·기타담도암진단비 지급사유가 발생한 경우 5형(식도·췌장·담낭·기타담도암)은 그때부터 효력이 없습니다.

6. 6형(남녀생식기암·유방암)

피보험자에게 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 남녀생식기암·유방암진단비 지급사유가 발생한 경우 6형(남녀생식기암·유방암)은 그때부터 효력이 없습니다.

7. 7형(특정암)

피보험자에게 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암진단비 지급사유가 발생한 경우 7형(특정암)은 그때부터 효력이 없습니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제2-10조의2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일의 전일 이전에 제 2-1 조의

3(“통합암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 통합암으로 진단확정 되는 경우

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 1 형(위암)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
위암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 위암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	해당 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확정시 50%지급)

2. 2 형(대장암)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
대장암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 대장암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	해당 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확정시 50%지급)

3. 3 형(간암)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
간암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 간암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	해당 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확정시 50%지급)

4. 4 형(폐암)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
폐암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 폐암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	해당 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확정시 50%지급)

5. 5 형(식도·췌장·담낭·기타담도암)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
식도·췌장·담낭·기타담도암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 식도·췌장·담낭·기타담도암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	해당 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확정시 50%지급)

6. 6 형(남녀생식기암·유방암)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
남녀생식기암·유방암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 남녀생식기암·유방암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	해당 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확정시 50%지급. 유방암의 경우에는 계약일로부터 180 일 경과 이전에 진단확정시 10%지급)

7. 7 형(특정암)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
특정암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 특정암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1 회한)	해당 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1 년미만 진단확정시 50%지급)

주)

1. 암보장개시일은 “보험계약일 및 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 세부보장에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 각각 1 회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

(세부보장)

1형(위암), 2형(대장암), 3형(간암), 4형(폐암), 5형(식도·췌장·담낭·기타담도암), 6형(남녀생식기암·유방암), 7형(특정암)

4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 각 세부보장별 해당하는 지급사유가 발생한 경우 해당 세부보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

가. 1 형(위암)

피보험자에게 위암진단비 지급사유가 발생한 경우 1형(위암)은 그때부터 효력이 없습니다.

- 나. 2형(대장암)
피보험자에게 대장암진단비 지급사유가 발생한 경우 2형(대장암)은 그때부터 효력이 없습니다.
 - 다. 3형(간암)
피보험자에게 간암진단비 지급사유가 발생한 경우 3형(간암)은 그때부터 효력이 없습니다.
 - 라. 4형(폐암)
피보험자에게 폐암진단비 지급사유가 발생한 경우 4형(폐암)은 그때부터 효력이 없습니다.
 - 마. 5형(식도·췌장·담낭·기타담도암)
피보험자에게 식도·췌장·담낭·기타담도암진단비 지급사유가 발생한 경우 5형(식도·췌장·담낭·기타담도암)은 그때부터 효력이 없습니다.
 - 바. 6형(남녀생식기암·유방암)
피보험자에게 남녀생식기암·유방암진단비 지급사유가 발생한 경우 6형(남녀생식기암·유방암)은 그때부터 효력이 없습니다.
 - 사. 7형(특정암)
피보험자에게 특정암진단비 지급사유가 발생한 경우 7형(특정암)은 그때부터 효력이 없습니다.
5. 피보험자가 여성인 경우에 한하여 약관 제2-1 조의3(“통합암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “통합암” 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 “유방암”이라 합니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
위암진단비, 대장암진단비, 간암진단비, 폐암진단비, 식도·취장·담낭·기타담도암진단비, 남녀생식기암·유방암진단비, 특정암진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

통합암 분류표

1. 약관에서 규정하는 통합암으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정 되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상 질병	분류 번호
위암	위의 악성 신생물	C16
대장암	1. 결장의 악성 신생물	C18
	2. 직장구불결장 접합부의 악성 신생물	C19
	3. 직장의 악성 신생물	C20
간암	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
폐암	1. 기관의 악성 신생물	C33
	2. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
식도·췌장·담낭· 기타담도암	1. 식도의 악성신생물	C15
	2. 담낭의 악성신생물	C23
	3. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
	4. 췌장의 악성신생물	C25
남녀생식기암·유방암	1. 유방의 악성 신생물(단, 피보험자가 여성인 경우)	C50
	2. 외음의 악성 신생물	C51
	3. 질의 악성 신생물	C52
	4. 자궁경부의 악성 신생물	C53
	5. 자궁체부의 악성 신생물	C54
	6. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	7. 난소의 악성 신생물	C56
	8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	9. 태반의 악성 신생물	C58
	10. 음경의 악성 신생물	C60
	11. 전립선의 악성 신생물	C61
	12. 고환의 악성 신생물	C62
	13. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63
특정암	1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
	2. 소장악성 신생물	C17
	3. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	4. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
	5. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30

구분	대상 질병	분류 번호
특정암	6. 부비동의 악성 신생물	C31
	7. 후두의 악성 신생물	C32
	8. 흉선의 악성 신생물	C37
	9. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	10. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
	11. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
	12. 피부의 악성 흑색종	C43
	13. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
	14. 유방의 악성 신생물(단, 피보험자가 남성인 경우)	C50
	15. 요로의 악성 신생물	C64~C68
	16. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
	17. 부신의 악성 신생물	C74
	18. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
	19. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
	20. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
	21. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
	22. 진성 적혈구 증가증	D45
	23. 골수형성이상증후군	D46
	24. 만성 골수증식질환	D47.1
	25. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	26. 골수섬유증	D47.4
	27. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

- 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도

C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “대장암”에 포함됩니다.
4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제 2-1 조의 3(“통합암”의 정의 및 진단확정) 제 10 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “특정암”에 포함됩니다.

II. 진단 확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 5년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 5년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 미만일 경우에는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 경과한 이후에도 보험금 지급사유 발생일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“항암약물치료”의 정의】..... 3

 제 2-1 조의 4 【“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의】..... 3

제 2 관 보험금의 지급 등..... 4

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 4

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 5

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 5

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 6

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 6

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 7

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 7

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 7

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 7

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 8

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 8

 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 9

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 9

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 9

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 10

제 5 관 기타사항..... 10

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 10

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 11

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 13

 (별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 14

 (별표 3) “특정면역항암제” 해당 의약품명 및 성분명..... 16

무배당특정면역항암약물허가치료특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 5년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

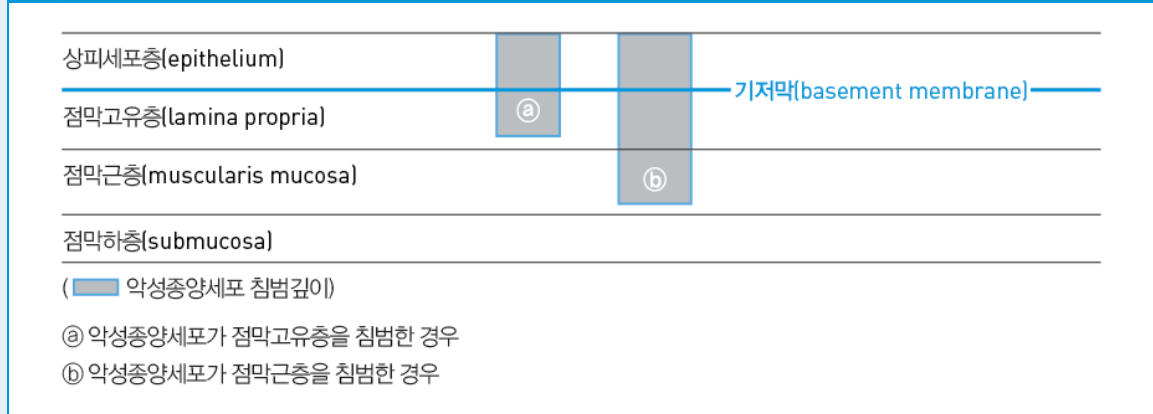
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제 5 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2-1 조의 4 【“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “특정면역항암제”란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정예에 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 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T 세포) 항암치료제

(면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors))

면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T 세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(Immune checkpoint)을 차단함으로써, T 세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

(항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제)

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의 항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

(카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T 세포) 항암치료제)

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원 수용체(CAR, Chimeric Antigen Receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

(“특정면역항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내)

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <별표3(“특정면역항암제” 해당 의약품명 및 성분명)>에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 “특정면역항암약물허가치료”라 함은 항암약물치료 중 의료법 제 3 조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 제 1 항에서 정한 “특정면역항암제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제 2 항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

(암질환심의위원회(중증질환심의위원회))

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제 1 항에 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)

- 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용 약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 제 1 항에도 불구하고, 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 제 1 항 각 호에 해당하는 항암치료제의 분류번호를 신설 또는 변경하는 경우에도 그 항암치료제는 이 특약에 있어서 “특정면역항암제”로 봅니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “특정면역항암약물허가치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 “특정면역항암약물허가치료”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 특정면역항암약물허가치료보험금(별표1 “보험

금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.(다만, 최초 1회에 한하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 1년미만에 치료시 50%를 지급함)

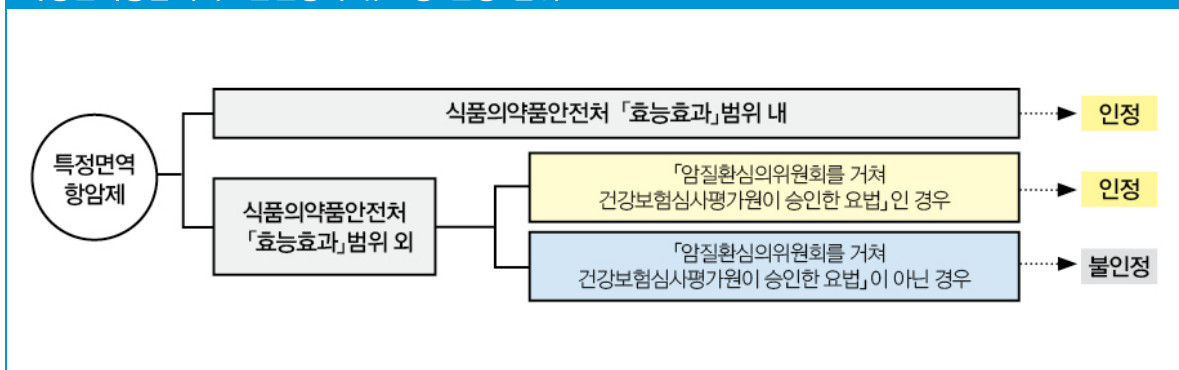
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

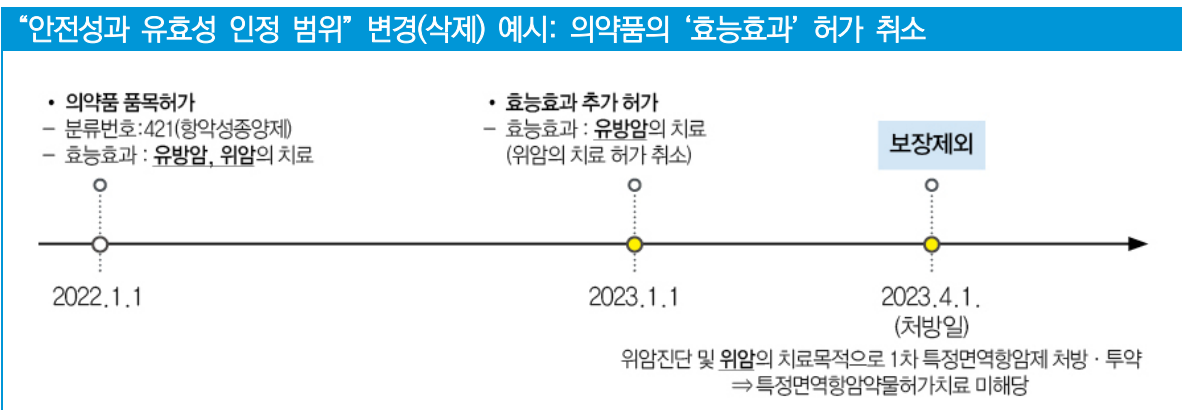
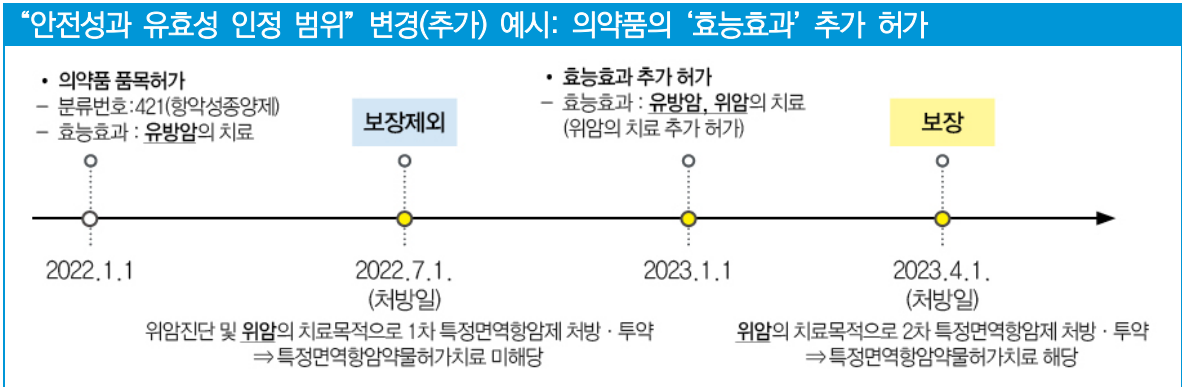
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 「보험기간 중 암보장개시일 이후 피보험자에게 암으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우」 또는 「보험기간 중 피보험자에게 기타피부암 또는 갑상선암으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우」 암, 기타피부암 또는 갑상선암 중 어느 하나에 대하여 특정면역항암약물허가치료보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 “특정면역항암약물허가치료보험금”은 “특정면역항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 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.

특정면역항암제의 “안전성과 유효성 인정 범위”



④ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 「“특정면역항암약물허가치료”를 받았을 때」는 “특정면역항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제 2-1 조의 4(“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의) 제 3 항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 특정면역항암약물허가치료 증명서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 “특정면역항암약물허가치료 증명서”라 함은 다음 각 호의 서류를 말합니다.

1. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는

「표적항암/특정항암호르몬/감상선암호르몬/특정면역항암」 약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

- ㄱ. 진단명(질병명)
 - ㄴ. 투약한 약제의 제품명
 - ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부
2. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ③ 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

- ② 제 1 항의 ‘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: 가족관계등

록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조(사고증명서)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일의 전일 이전에 제 2-1 조의 2(“암”, 기타피부암) 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
특정면역항암약물 허가치료보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “특정면역항암약물허가치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 “특정면역항암약물허가치료”를 받았을 때 (최초 1 회한)	최초계약의 계약일로부터 1 년이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 1 년미만	특약보험가입금액 의 50%

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. 「보험기간 중 암보장개시일 이후 피보험자에게 암으로 특정면역항암약물허가치료보험금의 지급사유가 발생한 경우」 또는 「보험기간 중 피보험자에게 기타피부암 또는 갑상선암으로 특정면역항암약물허가치료보험금의 지급사유가 발생한 경우」 암, 기타피부암 또는 갑상선암 중 어느 하나에 대하여 특정면역항암약물허가치료보험금을 최초 1 회에 한하여 지급합니다.
4. “특정면역항암약물허가치료보험금”은 “특정면역항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 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. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
5. “특정면역항암약물허가치료를 받았을 때”는 “특정면역항암제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 약관 제 2-1 조의 4(“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의) 제 3 항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

6. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1 년미만(최초계약의 계약일로부터 1 년 이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
특정면역항암약물 허가치료보험금 (제2-2조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지 급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간 에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- 3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
- 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

“특정면역항암제” 해당 의약품명 및 성분명

- I. 아래 안내장은 약관 제2-1조의4(“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의)에서 정한 “특정면역항암제”에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
- II. 아래 “특정면역항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2023년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “특정면역항암제” 해당여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- III. 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. “특정면역항암제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

작용기전분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
면역관문억제제	아테졸리주맙 atezolizumab	티센트릭주(아테졸리주맙)
	니볼루맙 nivolumab	옵디보주 20mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주 100mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주 240mg(니볼루맙, 유전자재조합)
	세미플리맙 cemiplimab	리브타요주(세미플리맙)
	도스탈리맙 dostarlimab	젬퍼리주(도스탈리맙)
	팜브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(팜브롤리주맙, 유전자재조합)
	트레멜리무맙 tremelimumab	이뮤도주(트레멜리무맙)
이필리무맙 ipilimumab	여보이주 200 밀리그램/40 밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)	
	여보이주 50 밀리그램/10 밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)	

작용기전분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	더발루맵 durvalumab	임핀지주(더발루맵)
	아벨루맵 avelumab	바벤시오주(아벨루맵)
항체약물중합체 항암치료제	트라스투주맵엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주 100 밀리그램(트라스투주맵엠탄신) 캐싸일라주 160 밀리그램(트라스투주맵엠탄신)
	트라스투주맵데룩스테칸 trastuzumab deruxtecan	엔허투주 100 밀리그램(트라스투주맵데룩스테칸)
	브렌투ksi맵베도틴 Brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌투ksi맵베도틴)
	엔포투맵베도틴 enfortumab vedotin	파드셉주 20 밀리그램(엔포투냅베도틴)
		파드셉주 30 밀리그램(엔포투냅베도틴)
	이노투주맵오조가마이신 inotuzumab ozogamicin	베스폰사주(이노투주맵오조가마이신)
	겜투주맵오조가마이신 gemtuzumab ozogamicin	마일로탁주 4.5mg(겜투주맵오조가마이신)
	사시투주맵고비테칸 sacituzumab govitecan	트로델비주(사시투주맵고비테칸)
	플라투주맵베도틴 Polatuzumab Vedotin	플라이비주(플라투주맵베도틴)
카티 항암치료제	실타캡타젠오토류셀 ciltacaptagene autoleucel	카빅티주(실타캡타젠오토류셀)
	티사젠렉류셀 tisagenlecleucel	김리아주(티사젠렉류셀)

무배당특정심장질환진단특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당특정심장질환진단특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“특정심장질환”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	2
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	3
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	4
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	4
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	5
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	5
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	6
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	7
(별표 2) 특정심장질환 분류표.....	8

무배당특정심장질환진단특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“특정심장질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “특정심장질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 특정심장질환 분류표(별표2 “특정심장질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “특정심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명 영상(MRI), 심장전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “특정심장질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 특정심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정심장질환으로 진단확정 되었을 경우 보험수익자에게 약정한 특정심장질환진단비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다. (다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년 미만 진단확정시 50%를 지급함)

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 특정심장질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정심장질환진단비를 지급합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입 등)”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
특정심장질환 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정심장질환으로 진단확정 되었을 경우 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정 시 50%지급)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 특정심장질환진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
특정심장질환진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

특정심장질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 특정심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 급성 심장막염	I30
· 심장막의 기타질환	I31
· 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
· 급성 및 아급성 심내막염	I33
· 상세불명 판막의 삼내막염	I38
· 급성 심근염	I40
· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
· 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
· 발작성 빈맥	I47
· 심방세동 및 조동	I48
· 기타 심장부정맥	I49
· 심부전	I50

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 경과한 이후에도 보험금 지급사유 발생일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형) 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

제 2-1 조의 3 【“항암약물치료”의 정의】..... 3

제 2-1 조의 4 【“특정항암호르몬치료제” 및 “특정항암호르몬약물허가치료”의 정의】..... 3

제 2 관 보험금의 지급 등..... 4

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 4

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 4

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 4

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 5

제 2-5 조 【사고증명서】..... 5

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 6

제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 6

제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 6

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 6

제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 7

제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 7

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 8

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 8

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 9

제 2-12 조 【해약환급금】..... 9

제 5 관 기타사항..... 9

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 9

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 10

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 12

(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 13

(별표 3) “특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명..... 15

무배당특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

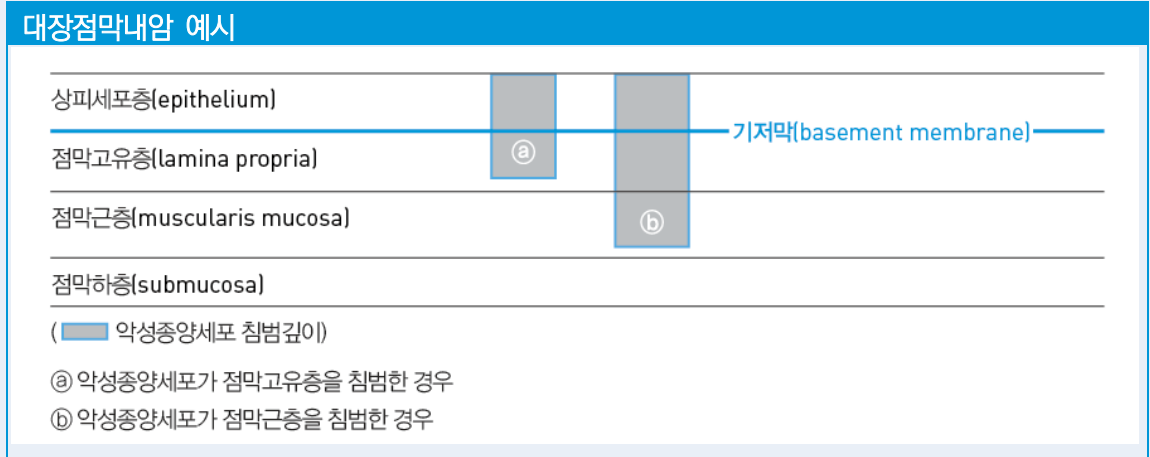
한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병 이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

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

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제 5 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2-1 조의 4 【“특정항암호르몬치료제” 및 “특정항암호르몬약물허가치료”의 정의】

① “특정항암호르몬치료제”란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물 치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【“특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명 안내】

“특정항암호르몬치료제”에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 “특정항암호르몬치료제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <별표3 “특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명>에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 “특정항암호르몬약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 의료법 제 3 조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 제 1 항에서 정한 “특정항암호르몬치료제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제 2 항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회’를 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 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【“안전성과 유효성 인정 범위” 확인 방법】

- 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용 약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 “특정항암호르몬치료제”의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제 1 항에서 정한 “특정항암호르몬치료제” 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 피보험자가 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 특정항암호르몬약물허가치료보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.(다만, 최초 1 회에 한하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 1 년미만에 치료시 50%를 지급함)

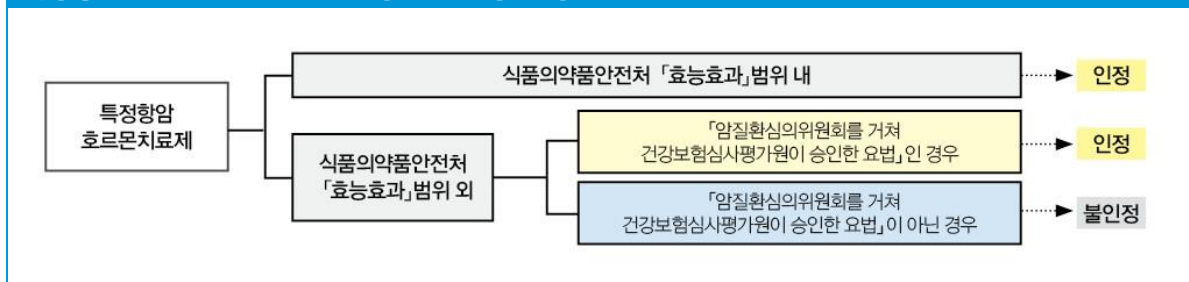
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 “특정항암호르몬약물허가치료보험금”은 “특정항암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 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.

특정항암호르몬치료제의 “안전성과 유효성 인정 범위”



③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 「“특정항암호르몬약물허가치료”를 받았을 때」는 “특정항암호르몬치료제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제 2-1 조의 4(“특정항암호르몬치료제” 및 “특정항암호르몬약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안

전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(추가) 예시: 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가



“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(삭제) 예시: 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소



제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 특정항암호르몬약물허가치료 증명서 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 “특정항암호르몬약물허가치료 증명서”라 함은 다음 각 호의 서류를 말합니다.

1. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는

「표적항암/특정항암호르몬/갑상선암호르몬/특정면역항암」 약물허가치료
확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

- ㉠. 진단명(질병명)
 - ㉡. 투약한 약제의 제품명
 - ㉢. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉣. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부
2. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ③ 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가

적립해 둔 금액을 말합니다.

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

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조(사고증명서)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입 면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장 개시일의 전일 이전에 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
특정항암 호르몬약물허가 치료보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받았을 때(최초 1 회한)	최초계약의 계약일로부터 1 년이상	특약 보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 1 년미만	특약보험가입금액의 50%

주)

1. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료를 받았을 시에는 특정항암호르몬약물허가치료보험금이 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
3. 약관 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시, “암”에 해당하는 보험금을 지급합니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
5. “특정항암호르몬약물허가치료보험금”은 “특정항암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 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. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
6. “특정항암호르몬약물허가치료를 받았을 때”는 “특정항암호르몬치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 약관 제 2-1 조의 4(“특정항암호르몬치료제” 및 “특정항암호르몬약물허가치료”의 정의) 제 3 항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
7. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1 년미만(최초계약의 계약일로부터 1 년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의

경우에는 적용하지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
특정항암호르몬약물허가치료보험금 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.

4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

“특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명

Ⅰ. 아래 안내장은 약관 제 2-1 조의 4(“특정항암호르몬치료제” 및 “특정항암호르몬약물허가치료”의 정의)에서 정한 “특정항암호르몬치료제”에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.

Ⅱ. 아래 “특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2023 년 7 월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “특정항암호르몬치료제” 해당여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

Ⅲ. 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. “특정항암호르몬치료제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 Abiraterone	자이티가정 500 밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
		아비테론정 500 밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 Anastrozole	아리미덱스정(아나스트로졸)
		테바아나스트로졸정 1 밀리그램
		에이덱스정(아나스트로졸)
		아나스토정(아나스트로졸)
3	아팔루타마이드 Apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)
4	비칼루타미드 Bicalutamide	카소덱스정(비칼루타마이드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카소비트정(비칼루타미드)
		프로카덱스정(비칼루타마이드)
		비카루드정(비칼루타미드)
		프로칼린정 50 밀리그램(비칼루타미드)
		프로세이드정(비칼루타미드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
4	비칼루타미드 Bicalutamide	칼루타미정 50 밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정 150 밀리그램(비칼루타미드)
		테바비칼루타마이드정 50 밀리그램
		카덱스정(비칼루타미드)
		피엠에스비칼루타미드정 50 밀리그램(비칼루타미드(미분화))
5	시프로테론아세테이트 cyproterone acetate	안드로쿨정(시프로테론아세테이트)
6	다로루타마이드 Darolutamide	뉴베카정 300 밀리그램(다로루타마이드)
7	데가렐릭스 Degarelix	퍼마곤주 80 밀리그램(데가렐릭스)
		퍼마곤주 120 밀리그램(데가렐릭스)
8	엔잘루타마이드 Enzalutamide	엑스탠디연질캡슐 40mg(엔잘루타마이드)
9	에스트라머스틴 Estramustine	에스트라시트캡슐 140 밀리그램 (에스트라머스틴인산나트륨수화물)
10	엑스메스탄 Exemestane	아로마신정 25mg(엑스메스탄)
11	플베스트란트 Fulvestrant	파슬로덱스주(플베스트란트)
		플베트주(플베스트란트)
12	고세렐린 Goserelin	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
13	레트로졸 Letrozole	페마라정(레트로졸)
		레나라정(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		파누엘정 2.5 밀리그램(레트로졸)
		테바레트로졸정 2.5 밀리그램
14	류프로렐린 Leuprorelin(leuprolide)	로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		루피어데포주 3.75 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주 7.5 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주 22.5 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주 45 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주 3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주 3.75 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주 11.25 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주 22.5 밀리그램(류프로렐린아세트산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
15	메드록시프로게스테론 Medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
16	메게스트롤 Megestrol	메게시아정 40mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정 160mg(메게스트롤아세테이트)
17	타목시펜 Tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정 20 밀리그램(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
		타목센정 20 밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정 10 밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정 20 밀리그램(타목시펜시트르산염)
18	트립토렐린 Triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)
		데카펩틸주 0.1 밀리그램(트립토렐린아세트산염)
		디페렐린피알 3.75 밀리그램주(초산트립토렐린)
		디페렐린피알주 11.25 밀리그램(파모산트립토렐린)
		디페렐린에스알주 22.5 밀리그램(트립토렐린파모산염)

무배당표적항암약물허가치료특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 지난 이후에도 보험금 지급사유 발생일이 계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당표적항암약물허가치료특약(갱신형) 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“항암약물치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 4 【“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	4
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	4
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	4
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	4
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	5
제 2-5 조 【사고증명서】.....	6
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	6
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	6
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	7
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	7
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	7
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	8
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	8
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	9
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	9
제 2-12 조 【해약환급금】.....	9
제 5 관 기타사항.....	9
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	9
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	11
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	13
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	14
(별표 3) “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명.....	16

무배당표적항암약물허가치료특약(갱신형) 약관(240601)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

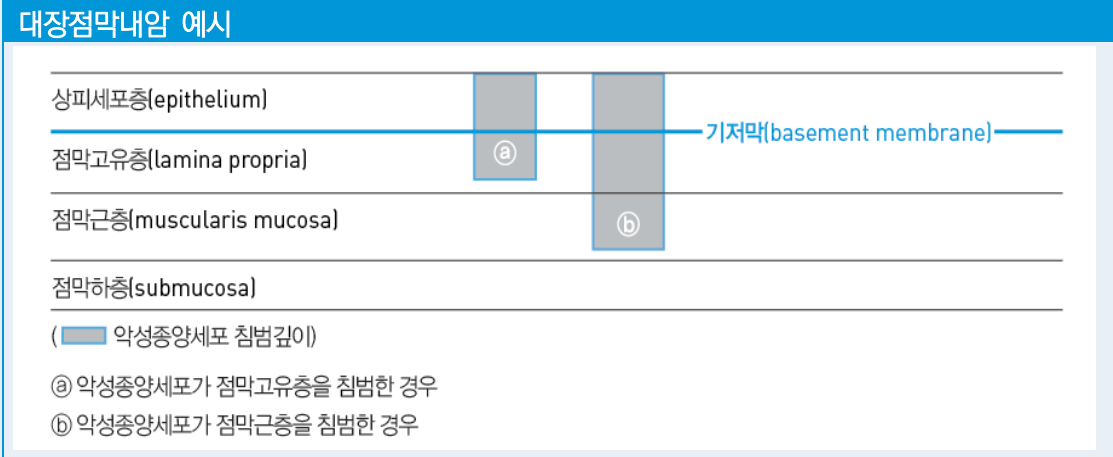
한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제 5 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야

합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2-1 조의 4 【“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의】

① 이 특약에 있어서 “표적항암제”란 식품의약품안전처 예규 「의약품등 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 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

(호르몬 관련 치료제)

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는 데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

(“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내)

“표적항암제”에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 “표적항암제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <별표3 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명>에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 항암약물치료 중 의료법 제 3 조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 제 1 항에서 정한 “표적항암제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제 2 항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

(암질환심의위원회(중증질환심의위원회))

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제 1 항에 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)

- 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용 약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 “표적항암제”의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제 1 항에서 정한 “표적항암제” 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 표적항암약물허가치료보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.(다만, 최초 1회에 한하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 1년미만에 치료시 50%를 지급함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

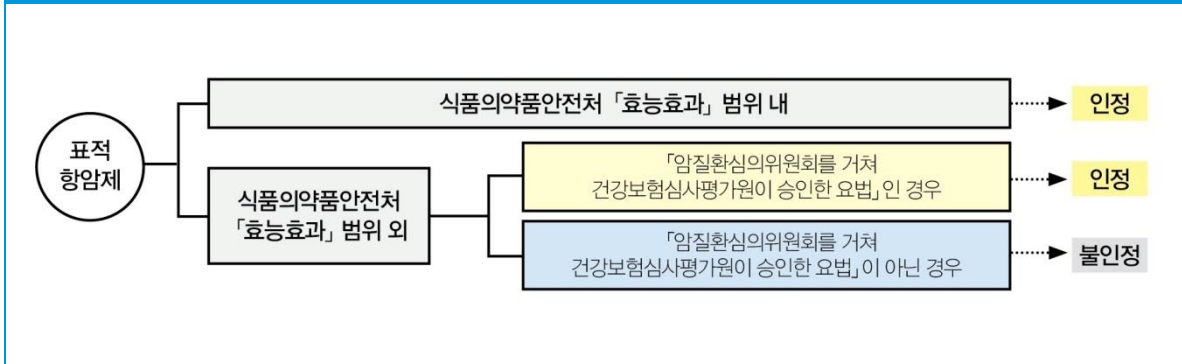
이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 「보험기간 중 암보장개시일 이후 피보험자에게 암으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우」 또는 「보험기간 중 피보험자에게 기타피부암 또는 갑상선암으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우」 암, 기타피부암 또는 갑상선암 중 어느 하나에 대하여 표적항암약물허가치료보험금을 최초 1 회에 한하여 지급합니다.
- ③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료보험금”은 “표적항암제”를 식품의약품안

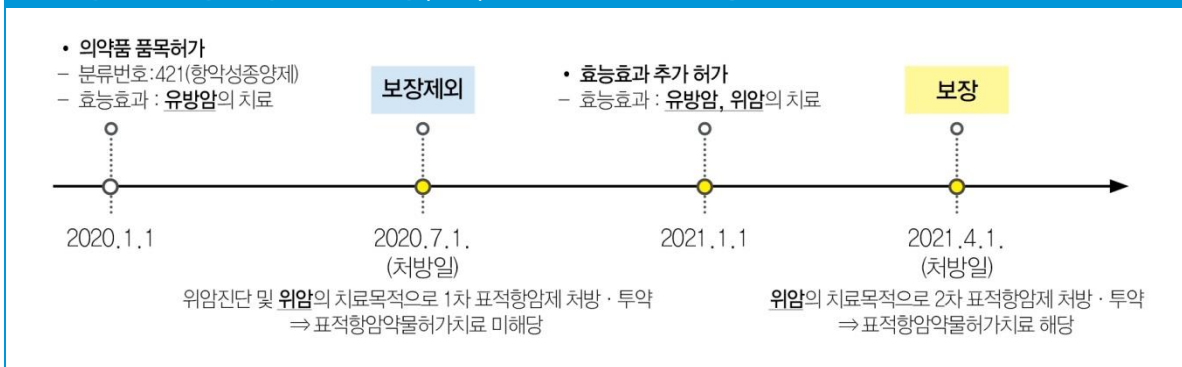
전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.

표적항암제의 “안전성과 유효성 인정 범위”



④ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 제 2-1 조의 4(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제 3 항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”는 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(추가) 예시: 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가



“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(삭제) 예시: 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소



제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가

발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 표적항암약물허가치료 증명서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 “표적항암약물허가치료 증명서”라 함은 다음 각 호의 서류를 말합니다.
 - 1. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 「표적항암/특정항암호르몬/갑상선암호르몬/특정면역항암」 약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㄱ. 진단명(질병명)
 - ㄴ. 투약한 약제의 제품명
 - ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부
 - 2. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ③ 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 암보장개시일이라

하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

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

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조(사고증명서)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입

한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일의 전일 이전에 제 2-1 조의 2(“암”, 기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
표적항암약물 허가치료보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때 (최초 1 회한)	최초계약의 계약일로부터 1 년이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 1 년미만	특약보험가입금액의 50%

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부더 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부더 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. 「보험기간 중 암보장개시일 이후 피보험자에게 암으로 표적항암약물허가치료보험금의 지급사유가 발생한 경우」 또는 「보험기간 중 피보험자에게 기타피부암 또는 갑상선암으로 표적항암약물허가치료보험금의 지급사유가 발생한 경우」 암, 기타피부암 또는 갑상선암 중 어느 하나에 대하여 표적항암약물허가치료보험금을 최초 1 회에 한하여 지급합니다.
4. “표적항암약물허가치료보험금”은 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 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. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
5. 표적항암약물허가치료보험금의 지급사유 중 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 약관 제 2-1 조의 4(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제 3 항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”는 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

6. 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
표적항암약물허가치료보험금 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 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.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명

Ⅰ. 아래 안내장은 약관 제2-1 조의4(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)에서 정한 “표적항암제”에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.

Ⅱ. 아래 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2023년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “표적항암제” 해당여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

Ⅲ. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과の内容을 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	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정 50 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 100 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 150 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 200 밀리그램(아베마시클립)
2	아칼라브루티닙 acalabrutinib	칼퀸스캡슐 100 밀리그램(아칼라브루티닙)
3	아파티닙 afatinib	지오텍정 20 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오텍정 30 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오텍정 40 밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주 25mg/mL(애플리버셉트)
5	알렉티닙 alectinib	알레센자캡슐 150 밀리그램(알렉티닙염산염)
6	알펠리십 alpelisib	피크레이정 50 밀리그램(알펠리십)
		피크레이정 150 밀리그램(알펠리십)
		피크레이정 200 밀리그램(알펠리십)
7	아미반타맵 amivantamab	리브리반트주(아미반타맵)
8	애시미닙 asciminib	셈블릭스정 20 밀리그램(애시미닙염산염)
		셈블릭스정 40 밀리그램(애시미닙염산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
9	아테졸리주맙 atezolizumab	티센트릭주(아테졸리주맙)
10	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
11	엑시티닙 axitinib	인라이타정 1 밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정 5 밀리그램(엑시티닙)
12	벨주티판 belzutifan	웰리렉정(벨주티판)
13	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		자이라베브주(베바시주맙)
		아림시스주(베바시주맙)
		베그젤마주(베바시주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
14	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주 35 마이크로그램(블리나투모맙, 유전자재조합)
15	보르테조밍 bortezomib	벨조밍주 1 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		벨조밍주 3.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		벨케이드주(보르테조밍삼합체)
		벨킨주 2.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		벨킨주 3.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		보테벨주 3.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		테조민주 2.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		테조민주 3.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		테조벨주(보르테조밍삼합체)
		프로테조밍주(보르테조밍삼합체)
		프로테조밍주 2.5 밀리그램(보르테조밍삼합체)
		화이자보르테조밍주 3.5 밀리그램(보르테조밍일수화물)
16	보수티닙 bosutinib	보솔리프정 100 밀리그램(보수티닙일수화물)
		보솔리프정 400 밀리그램(보수티닙일수화물)
		보솔리프정 500 밀리그램(보수티닙일수화물)
17	브렌톡시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌톡시맙베도틴)
18	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정 30 밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정 90 밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정 180 밀리그램(브리가티닙)
19	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정 20 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 40 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 60 밀리그램(카보잔티닙)
20	카프마티닙 capmatinib	타브렉타정 150 밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정 200 밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
21	카르필조밍 carfilzomib	키프롤리스주 30 밀리그램(카르필조밍)
		키프롤리스주 60 밀리그램(카르필조밍)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
22	세미플리맵 cemiplimab	리브타요주(세미플리맵)
23	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐 150 밀리그램(세리티닙)
24	세특시맵 cetuximab	얼비투스주 5mg/mL(세특시맵)
25	실타캡타젠오토류셀 ciltacaptagene autoleucel	카빅티주(실타캡타젠오토류셀)
26	크리조티닙 crizotinib	젤코리캡슐 200 밀리그램(크리조티닙)
		젤코리캡슐 250 밀리그램(크리조티닙)
27	다브라페닙 dabrafenib	라핀나캡슐 50 밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐 75 밀리그램(다브라페닙메실산염)
28	다코미티닙 dacomitinib	비짐프로정 15 밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정 30 밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정 45 밀리그램(다코미티닙수화물)
29	다라투무맵 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맵)
		다잘렉스피하주사(다라투무맵)
30	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정 100 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 20 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 50 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 70 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 80 밀리그램(다사티닙)
31	도스탈리맵 dostarlimab	젼퍼리주(도스탈리맵)
32	더발루맵 durvalumab	임핀지주(더발루맵)
33	엔코라페닙 encorafenib	비라토비캡슐 75 밀리그램(엔코라페닙)
34	엔포투맵베도틴 enfortumab vedotin	파드셉주 20 밀리그램(엔포투맵베도틴)
		파드셉주 30 밀리그램(엔포투맵베도틴)
35	엔트렉티닙 entrectinib	로즐리트렉캡슐 100 밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐 200 밀리그램(엔트렉티닙)
36	얼다피티닙 erdafitinib	발베사정 3 밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정 4 밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정 5 밀리그램(얼다피티닙)
37	엘로티닙 erlotinib	엘로세타정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로세타정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘티닙정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세바정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세바정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세바정 25 밀리그램(엘로티닙염산염)
타세원정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)		

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		타세원정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 25mg(엘로티닙염산염)
38	에베로리무스 everolimus	아피니토정 2.5 밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정 5 밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정 10 밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정 5 밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정 10 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 2.5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 5 밀리그램(에베로리무스)
에베로즈정 10 밀리그램(에베로리무스)		
39	페드라티닙 fedratinib	인레빅캡슐(페드라티닙염산염수화물)
40	게피티니브 gefitinib	이레사정(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		이레티닙정 250 밀리그램(게피티니브)
		스펙사정 250 밀리그램(게피티니브)
		레피사정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
41	겜투주맙오조가마이신 gemtuzumab ozogamicin	마일로탁주 4.5 밀리그램(겜투주맙오조가마이신)
42	길테리티닙 gilteritinib	조스파타정 40 밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
43	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐 140 밀리그램(이브루티닙)
44	이매티닙 imatinib	글로팁정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		클리닙정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		클리닙정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		클리닙정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리백필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		클리티브필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		클리티브필름코팅정 300 밀리그램(이매티닙메실산염)
		클리티브필름코팅정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
루키백필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)		

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		루키벡필름코팅정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
45	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
46	이필리무맙 ipilimumab	여보이주 200 밀리그램/40 밀리리터(이필리무맙,유전자재조합) 여보이주 50 밀리그램/10 밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
47	이사톡시맙 isatuximab	살클리사주(이사톡시맙)
48	익사조맙 ixazomib	닌라로캡슐 2.3 밀리그램(익사조맙시트레이트) 닌라로캡슐 3 밀리그램(익사조맙시트레이트) 닌라로캡슐 4 밀리그램(익사조맙시트레이트)
49	라파티닙 lapatinib	타이커브정 250 밀리그램(라파티닙디토실레이트)
50	라로트렉티닙 larotrectinib	비트락비캡슐 25 밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐 100 밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비액(라로트렉티닙황산염)
51	레이저티닙	렉라자정 80 밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
52	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐 5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐 10mg(레날리도마이드) 레날도캡슐 15mg(레날리도마이드) 레날도캡슐 25mg(레날리도마이드) 레블리킨캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		레블리미드캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
53	렌바티닙 lenvatinib	렌비마캡슐 10 밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐 4 밀리그램(렌바티닙메실산염)
54	롤라티닙 lorlatinib	로비큐아정 25 밀리그램(롤라티닙)
		로비큐아정 100 밀리그램(롤라티닙)
55	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐 25 밀리그램(미도스타우린)
56	모보서티닙 mobocertinib	엑스키비티캡슐 40 밀리그램(모보서티닙숙신산염)
57	모가물리주맙 mogamulizumab	포텔리지오주 20 밀리그램(모가물리주맙)
58	네라티닙 neratinib	너링스정(네라티닙말레산염)
59	닐로티닙 nilotinib	타시그나캡슐 50 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 150 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 200 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
60	니라파립 niraparib	제줄라캡슐 100 밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
61	니볼루맙 nivolumab	옵디보주 20mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주 100mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주 240mg(니볼루맙, 유전자재조합)
62	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙, 유전자재조합)
63	올라파립 olaparib	린파자캡슐 50 밀리그램(올라파립)
		린파자정 100 밀리그램(올라파립)
		린파자정 150 밀리그램(올라파립)
64	오시머티닙 osimertinib	타그리소정 40 밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정 80 밀리그램(오시머티닙메실산염)
65	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐 75mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐 100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐 125mg(팔보시클립)
		입랜스정 75 밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정 100 밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정 125 밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐 75 밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐 100 밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐 125 밀리그램(팔보시클립)
66	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정 200 밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정 400 밀리그램(파조파닙염산염)
67	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙, 유전자재조합)
68	페미가티닙 pemigatinib	페마자이레정 4.5 밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정 9 밀리그램(페미가티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		페마자이레정 13.5 밀리그램(페미가티닙)
69	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
70	퍼투주맙/트라스투주맙 pertuzumab, trastuzumab	페스코피하주사 600/600 밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
		페스코피하주사 1200/600 밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
71	플라투주맙베도틴 polatuzumab vedotin	플라이비주(플라투주맙베도틴)
72	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐 1 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 2 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 3 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 4 밀리그램(포말리도마이드)
73	포나티닙 ponatinib	아이클루시그정 15 밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정 45 밀리그램(포나티닙염산염)
74	프랄세티닙 pralsetinib	가브레토캡슐 100 밀리그램(프랄세티닙)
75	라도티닙 radotinib	슈펙트캡슐 100 밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐 200 밀리그램(라도티닙염산염)
76	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주 10 밀리그램/밀리리터(라무시루맙, 유전자재조합)
77	레고라페닙 regorafenib	스티바가정 40 밀리그램(레고라페닙)
78	리보시클립 ribociclib	키스칼리정 200 밀리그램(리보시클립숙신산염)
79	리툽시맙 rituximab	맵테라주(리툽시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		맵테라피하주사(리툽시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툽시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
80	룩소리티닙 ruxolitinib	자카비정 5 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 10 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 15 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 20 밀리그램(룩소리티닙인산염)
81	사시투주맙 sacituzumab	트로델비주(사시투주맙고비테칸)
82	셀리넥서 selinexor	엑스포비오정 20 밀리그램(셀리넥서)
83	셀퍼카티닙 selpercatinib	레테브모캡슐 40 밀리그램(셀퍼카티닙)
		레테브모캡슐 80 밀리그램(셀퍼카티닙)
84	실툽시맙 siltuximab	실반트주 100 밀리그램(실툽시맙, 유전자재조합)
		실반트주 400 밀리그램(실툽시맙, 유전자재조합)
85	소라페닙 sorafenib	넥사바정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
		소라닙정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
86	소토라십 sotorasib	루마크라스정 120 밀리그램(소토라십)
87	수니티닙 sunitinib	수텐캡슐 12.5 밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐 25 밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐 50 밀리그램(수니티닙말산염)
88	타파시타맙 tafasitamab	민쥬비주(타파시타맙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
89	탈라조파립 talazoparib	탈제나캡슐 0.25 밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐 1 밀리그램(탈라조파립토실산염)
90	테클리스타맙 teclistamab	텍베일리주 30mg(테클리스타맙)
		텍베일리주 153mg(테클리스타맙)
91	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
92	테포티닙 tepotinib	템메코정 225 밀리그램(테포티닙염산염수화물)
93	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐 50 밀리그램
		탈라이드캡슐 50mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐 100mg(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐 50 밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐 100 밀리그램(탈리도마이드)
94	티라브루티닙 tirabrutinib	베렉스브루정 80 밀리그램(티라브루티닙염산염)
95	티사젠렉류셀 tisagenlecleucel	김리아주(티사젠렉류셀)
96	트라메티닙 trametinib	매큐셀정 0.5 밀리그램(트라메티닙디메틸설펍시드)
		매큐셀정 2 밀리그램(트라메티닙디메틸설펍시드)
97	트라스투주맙 trastuzumab	삼페닛주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		삼페닛주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주 150 밀리그램(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		허셉틴주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사 600 밀리그램(트라스투주맙)
		허주마주 150mg(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		허주마주 440mg(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		오기브리주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		투젯타주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		투젯타주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		엔허투주 100mg(트라스투주맙데록스테칸)
		캐싸일라주 100 밀리그램(트라스투주맙염탄신)
캐싸일라주 160 밀리그램(트라스투주맙염탄신)		
98	트레멜리무맙 tremelimumab	이유도주(트레멜리무맙)
99	반데타닙 vandetanib	카프렐사정 100 밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정 300 밀리그램(반데타닙)
100	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정 240 밀리그램(베무라페닙)
101	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정 10 밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정 50 밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정 100 밀리그램(베네토클락스)
102	자누브루티닙 zanubrutinib	브루킨사캡슐 80 밀리그램(자누브루티닙)

무배당항암세기조절방사선치료특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 경과한 이후에도 보험금 지급사유 발생일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미

경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당항암세기조절방사선치료특약(갱신형)

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】..... 3

 제 2-1 조의 4 【“항암세기조절방사선치료”의 정의】..... 3

제 2 관 보험금의 지급 등..... 3

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 3

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 3

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 3

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 4

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 5

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 5

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 6

 제 2-10 조의 2 【특약의 무효】..... 6

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 7

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 7

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 7

제 5 관 기타사항..... 7

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 7

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 8

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 9

(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)..... 10

무배당항암세기조절방사선치료특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

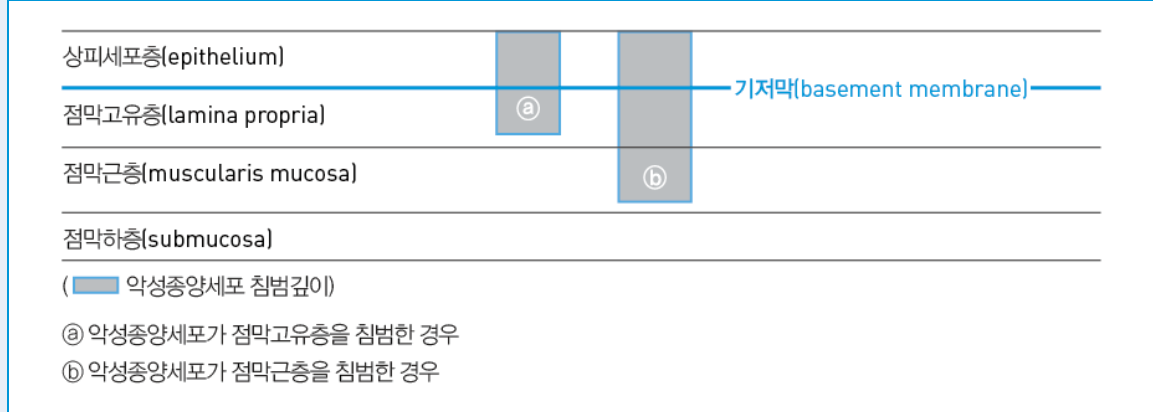
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제 5 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“항암세기조절방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)”라 함은 “항암방사선치료” 중, 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 “세기조절방사선치료법(방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료)”을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 2-6 조(특약의 보장개시) 제 2 항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암세기조절방사선치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암세기조절방사선치료”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 항암세기조절방사선치료비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다.(다만, 최초 1 회에 한하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 1 년미만에 치료시 50%를 지급함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험

금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

② 「보험기간 중 암보장개시일 이후 피보험자에게 암으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우」 또는 「보험기간 중 피보험자에게 기타피부암 또는 갑상선암으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우」 암, 기타피부암 또는 갑상선암 중 어느 하나에 대하여 항암세기조절방사선치료비를 최초 1 회에 한하여 지급합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입) 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

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

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조(사고증명서) 제 1 항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장 개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”, 기타피부암) 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
항암세기조절 방사선치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암세기조절방사선치료”를 받았을 때,	최초계약의 계약일로부터 1년이상	특약보험가입금액
	또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암세기조절방사선치료”를 받았을 때 (최초 1회한)	최초계약의 계약일로부터 1년미만	특약보험가입금액의 50%

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. 「보험기간 중 암보장개시일 이후 피보험자에게 암으로 항암세기조절방사선치료비의 지급사유가 발생한 경우」 또는 「보험기간 중 피보험자에게 기타피부암 또는 갑상선암으로 항암세기조절방사선치료비의 지급사유가 발생한 경우」 암, 기타피부암 또는 갑상선암 중 어느 하나에 대하여 항암세기조절방사선치료비를 최초 1회에 한하여 지급합니다.
4. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
항암세기조절방사선치료비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급 을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하 나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당항암양성자방사선치료특약(갱신형)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년 만기(다만, 「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기)로, 최초가입 후 10년(「갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 10년 미만일 경우에는 5년 또는 1년)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 종료일까지(다만, 주계약의 보험기간 종료일이 100세 이후인 경우에는 100세까지) 보장받을 수 있습니다.

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 경과한 이후에도 보험금 지급사유 발생일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당항암양성자방사선치료특약(갱신형)

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】.....	3
제 2-1 조의 4 【“항암양성자방사선치료”의 정의】.....	3
제 2 관 보험금의 지급 등.....	3
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	3
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	3
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	3
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	4
제 2-5 조 【사고증명서】.....	4
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	4
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	4
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	5
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	5
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	5
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	6
제 2-10 조의 2 【특약의 무효】.....	6
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	7
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	7
제 2-12 조 【해약환급금】.....	7
제 5 관 기타사항.....	7
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	7
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	8
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	9
(별표 2) 대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	10

무배당항암양성자방사선치료특약(갱신형) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약에 대한 보험기간은 10년 만기 자동갱신으로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「갱신일부터 제 2-9 조(특약의 갱신) 제 2 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간」이 5년 이상 10년 미만일 경우에는 5년만기, 5년 미만일 경우에는 1년만기 자동갱신으로 합니다.

제 2-1 조의 2 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(별표 2 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제 2 항에서 정한 “기타피부암”, 제 3 항에서 정한 “갑상선암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

(유의사항)

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

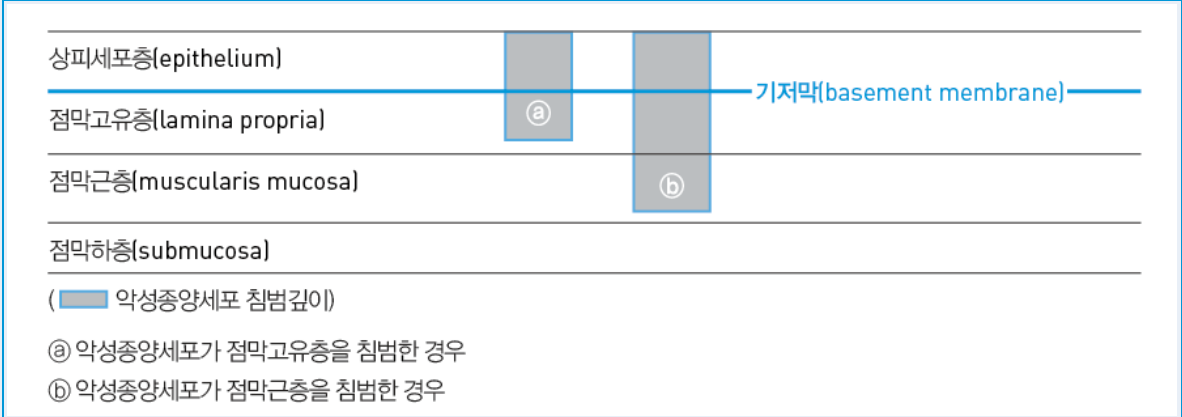
(원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시)

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

(대장점막내암)

“대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 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. 대장점막내암은 제1항에서 정한 “암”에 포함됩니다.

대장점막내암 예시



- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 제 4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 제 1 항에서 정한 “암”에 포함됩니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “중증 갑상선암”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)
 2. 갑상선 역형성암(Anaplastic Thyroid Cancer)
 3. 갑상선 미분화암(Undifferentiated Thyroid Cancer)
- ⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 그러나 제 5 항에 따른 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(“진단이 가능하지 않을 때” 예시)

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 2-1 조의 3 【“항암방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제 2-1 조의 4 【“항암양성자방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암양성자방사선치료”라 함은 항암방사선치료 중 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 “암, 기타피부암 또는 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급 등

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 항암양성자방사선치료비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다.(다만, 최초 1회에 한하며, 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 치료시 50%를 지급함)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 보험료를 계속 납입해야 합니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”

과 같이 계산합니다.

② 「보험기간 중 암보장개시일 이후 피보험자에게 암으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우」 또는 「보험기간 중 피보험자에게 기타피부암 또는 갑상선암으로 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우」 암, 기타피부암 또는 갑상선암 중 어느 하나에 대하여 항암양성자방사선치료비를 최초 1 회에 한하여 지급합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입) 등”을 말합니다.

② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2-1 조의 2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 이를 암보장개시일이라 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2-7 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 피보험자 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제 1-10 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약)의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100 세 계약해당일 이후인 경우에는 100 세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15 일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 갱신 전 30 일 전까지 계약자에게 서면 등으로 통지합니다. 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(계약자적립액)

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

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

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구) 및 제 2-5 조 (사고증명서) 제 1 항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

④ 주계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 2-10 조의 2 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장 개시일의 전일 이전에 제 2-1 조의 2(“암”, 기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우 계약을 무효로 하지 않습니다)

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 2-12 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
항암양성자 방사선치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받았을 때 (최초 1 회한)	최초계약의 계약일로부터 1 년이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 1 년미만	특약보험가입금액의 50%

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. 「보험기간 중 암보장개시일 이후 피보험자에게 암으로 항암양성자방사선치료비의 지급사유가 발생한 경우」 또는 「보험기간 중 피보험자에게 기타피부암 또는 갑상선암으로 항암양성자방사선치료비의 지급사유가 발생한 경우」 암, 기타피부암 또는 갑상선암 중 어느 하나에 대하여 항암양성자방사선치료비를 최초 1 회에 한하여 지급합니다.
4. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1 년미만(최초계약의 계약일로부터 1 년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
항암양성자방사선치료비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년이내 : 평균공시이율의 50% 1 년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지 급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간 에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)**

1. 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보

장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

2. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 “C73(갑상선의 악성 신생물) 중 중증 갑상선암을 제외한 갑상선암”에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단확정된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
3. “대장점막내암”은 “암”에 포함됩니다.
 4. 갑상선의 악성 신생물(C73)의 경우 제2-1 조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4 항에서 정한 “중증 갑상선암”은 “암”에 포함됩니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당허혈심장질환수술보장특약 A1(최초 1 회한)

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당허혈심장질환수술보장특약 A1(최초 1 회한) 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	4
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	5
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	5
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	5
(별표 1)보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1)보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 허혈심장질환 분류표.....	9
(별표 3)수술분류표.....	10

무배당허혈심장질환수술보장특약 A1(최초 1 회한) 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 허혈심장질환
분류표(별표 2 “허혈심장질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료
관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며,
이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을
기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경
우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기
록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 【“수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”
라 합니다)에 의하여 “허혈심장질환”으로 수술분류표(별표 3 “수술분류표” 참조, 이하 “수술분류표”
라 합니다)에서 정한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의

병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

② 제 1 항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(신의료기술평가위원회)

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

제2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환 수술비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.(다만, 최초1회에 한하며, 계약일로부터 1년 미만 수술시 50%를 지급함.)

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 수술확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)

를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
 - ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
 - ④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따름

니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
허혈심장질환 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 수술시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 허혈심장질환 수술비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
허혈심장질환 수술비 (2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

허혈심장질환 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

Ⅱ. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

(별표 3)

수술분류표

I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술명
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25 cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap,W flap 제외)
	2. 피부이식수술(25 cm ² 미만인 경우)
	3. 유방절단수술(切斷術. Mastectomy)
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節)은 제외함]
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술

구분	수술명
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술
	17. 편도, 아데노이드 절제수술
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관 혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]
	26. 심장내(心臟內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)
29. 비장(脾腸) 절제수술	
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	

구분	수술명
소화기계의 수술	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]
비뇨기계, 생식기계의 수술 (인공임신중절 수술은 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]
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	47. 방광류·요실금 교정수술
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)
	50. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술
	51. 음낭관혈수술
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
55. 질탈(膺脫)근본수술	
내분비계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술
	57. 갑상선(甲狀腺), 부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술
	58. 부신(副腎) 절제수술

구분	수술명
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	60. 신경(神經) 관혈수술
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술
	68. 각막, 공막 이식수술
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	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.]
	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.]
	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.]
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)
	76. 안와내양절제수술
77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	
78. 안근(眼筋)관혈수술	
청각기 (聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]

구분	수술명
청각기 (聽覺器)의 수술	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.]
	83. 내이(內耳) 관혈수술
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	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
	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
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)
88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88 항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87 항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)
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. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

주)

1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 수술로 인정합니다.
 - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1 회의 수술로 인정합니다.
 - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 “관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)”로 인정하지 않습니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000 Rad 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]
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

주) 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <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 신경 BLOCK은 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. <수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) <수술분류표>상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <수술분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <수술분류표> 중 '일반질병 및 재해 치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료 목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하

여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.

- 1) 미용 성형상의 수술
- 2) 피임(避妊) 목적의 수술
- 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
- 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

무배당허혈심장질환입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원자금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당허혈심장질환입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2-1 조의 3 【“입원”의 정의와 장소】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	2
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	3
제 2-5 조 【사고증명서】.....	3
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	3
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	5
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	5
제 2-12 조 【해약환급금】.....	5
제 5 관 기타사항.....	6
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	6
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	7
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	8
(별표 2) 허혈심장질환 분류표.....	9

무배당허혈심장질환입원특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 허혈심장질환 분류표(별표 2 “허혈심장질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-1 조의3 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자가 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는

국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

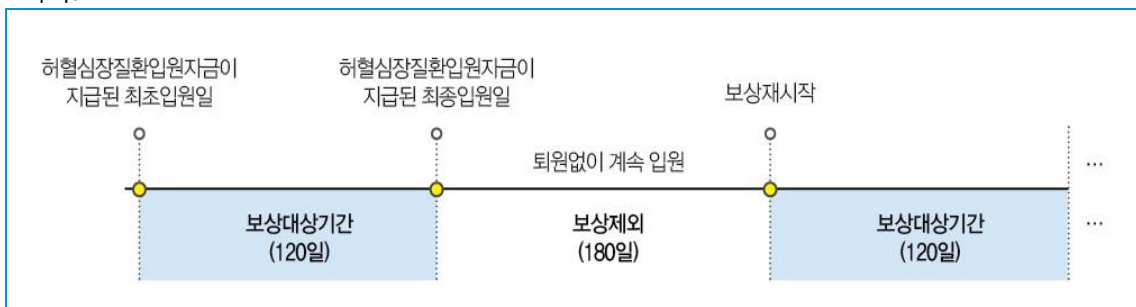
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환입원자금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(다만, 1회 입원당 지급일수 120일 한도).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 허혈심장질환입원자금에 관한 세부규정은 다음과 같습니다.
 1. 상급종합병원허혈심장입원자금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
 2. 제1호의 경우 피보험자가 동일한 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 허혈심장질환에 의한 입원이라도 허혈심장질환입원자금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 허혈심장질환입원자금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈심장질환입원자금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3. 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에

대하여는 제 1 호의 규정에 따라 계속 허혈심장질환입원자금을 지급합니다.

4. 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
5. 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
6. 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 허혈심장질환입원자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
7. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제 1 호, 제 2 호 및 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환입원자금을 지급합니다.

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 진료확인서 또는 입원확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 - ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
 - ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
 - ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

(계약자적립액)

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

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
허혈심장질환 입원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때	특약 보험가입금액 (1 회 입원당 지급일수 120일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
허혈심장질환입원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날 부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지 의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

허혈심장질환 분류표

I. 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당허혈심장질환중환자실입원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

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

■ 목차

무배당허혈심장질환중환자실입원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)”의 정의】..... 1

 제 2-1 조의 4 【“입원”의 정의와 장소】..... 2

제 2 관 보험금의 지급 등..... 2

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 2

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 3

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 3

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 3

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 4

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 4

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 5

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 5

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 5

제 5 관 기타사항..... 6

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 6

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 8

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 9

 (별표 2) 허혈심장질환 분류표..... 10

무배당허혈심장질환중환자실입원특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 허혈심장질환 분류표(별표 2 “허혈심장질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 【“중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)”의 정의】

이 특약에서 있어서 “중환자실”(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)(이하 “중환자실”이라 합니다)이라 함은 의료법 제 36 조(준수사항) 제 1 호 및 동법 시행규칙 제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말함

니다.

제2-1조의4 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

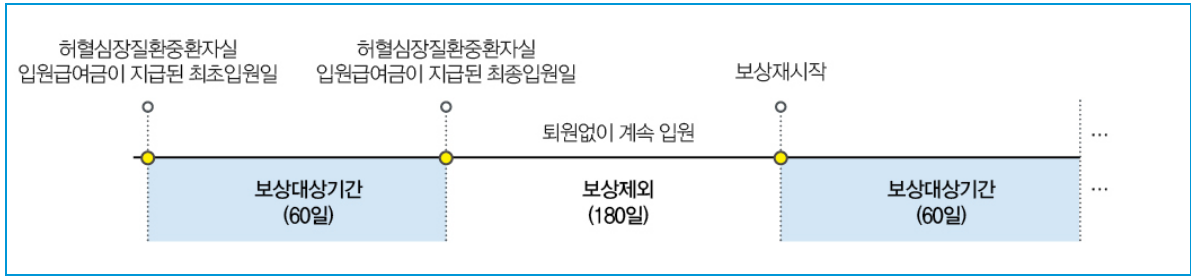
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 경우 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환 중환자실입원급여금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.(다만, 1회 입원당 지급일수 60일 한도)

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 허혈심장질환중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 하여 계속 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보며, 각 입원일수를 더하고 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 허혈심장질환에 의한 입원이라도 허혈심장질환중환자실입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부 터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 허혈심장질환중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일부 터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈심장질환중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 허혈심장질환중환자실입원급여금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
- ⑥ 계속 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 허혈심장질환중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 중환자실입원확인서 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준: 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
허혈심장질환 중환자실 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 때	특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 60일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
허혈심장질환 중환자실입원급여금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

허혈심장질환 분류표

I. 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당허혈심장질환진단특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당허혈심장질환진단특약 A1 약관

제 1 편 일반사항.....	1
제 2 편 개별사항.....	1
제 1 관 용어의 정의 등.....	1
제 2-1 조 【특약의 보험기간】.....	1
제 2-1 조의 2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】.....	1
제 2 관 보험금의 지급 등.....	1
제 2-2 조 【보험금의 지급사유】.....	2
제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】.....	2
제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】.....	2
제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】.....	2
제 2-5 조 【사고증명서】.....	2
제 3 관 특약의 성립과 유지 등.....	3
제 2-6 조 【특약의 보장개시】.....	3
제 2-7 조 【피보험자의 범위】.....	3
제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】.....	3
제 2-9 조 【특약의 갱신】.....	4
제 2-10 조 【특약의 소멸】.....	4
제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금.....	4
제 2-11 조 【계약자의 임의해지】.....	4
제 2-12 조 【해약환급금】.....	4
제 5 관 기타사항.....	5
제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	5
(별표 1) 보험금 지급기준표.....	6
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	7
(별표 2) 허혈심장질환 분류표.....	8

무배당허혈심장질환진단특약 A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로
합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제 2-6 조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때
에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 중 허혈심장질환
분류표(별표 2 “허혈심장질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료
관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며,
이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을
기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경
우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기
록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2 관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 경우 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환 진단비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다. (다만, 최초1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%를 지급함)

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 허혈심장질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈심장질환 진단비를 지급합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입) 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3 관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1 인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2 인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우, 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금

산출방법서”에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1) ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 경우 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50%지급)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 허혈심장질환 진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
허혈심장질환진단비 (제 2-2 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제 2-12 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

허혈심장질환 분류표

I. 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당허혈심장질환통원특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

■ 목차

무배당허혈심장질환통원특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

 제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

 제 2-1 조의 2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】..... 1

 제 2-1 조의 3 【“통원”의 정의와 장소】..... 1

제 2 관 보험금의 지급 등..... 2

 제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 2

 제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 2

 제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 2

 제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 2

 제 2-5 조 【사고증명서】..... 3

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 3

 제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 3

 제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 3

 제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 3

 제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 4

 제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 4

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 4

 제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 4

 제 2-12 조 【해약환급금】..... 5

제 5 관 기타사항..... 5

 제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 5

 (별표 1) 보험금 지급기준표..... 6

 (별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 7

 (별표 2) 허혈심장질환 분류표..... 8

무배당허혈심장질환통원특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 허혈심장질환 분류표(별표 2 “허혈심장질환 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 【“통원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의

료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환통원자금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다(통원 1회당, 1일 1회한, 연간 30회한).

제2-2조의2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제2-3조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

- ① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 통원확인서 또는 진료확인서, 진료비세부내역서, 처방전 등”을 말합니다.
- ② 제 1 항의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지 등

제2-6조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제 1 항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.
이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제2-10조 【특약의 소멸】

- ① 제 2-7 조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 - 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우
- ② 제 1 항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(실종선고)

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

(해약환급금 관련 유의사항)

가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표1-1)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제 1-12 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항 및 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
허혈심장질환 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 (1일 1회한, 연간 30회한)	특약 보험가입금액 (통원 1회당)

주)

1. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
허혈심장질환통원자금 (제2-2조)	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%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

허혈심장질환 분류표

I. 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 진단확정된 질병이 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 질병인 경우에는 이 약관에서 보장하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

질병 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 질병에 해당될 수 없었다면 질병 진단확정일 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 질병으로 볼 수 있어 다시 진단서를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 질병으로 보지 않습니다.

무배당화상보장특약 A1

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 간편심사형 관련 유의사항

- 간편심사형은 “간편심사” 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형과 같은 일반보험에 가입할 수 있습니다(다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다).

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 저축 목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리합니다.
- 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내해 드립니다.

■ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

■ 목차

무배당화상보장특약 A1 약관

제 1 편 일반사항..... 1

제 2 편 개별사항..... 1

제 1 관 용어의 정의 등..... 1

제 2-1 조 【특약의 보험기간】..... 1

제 2-1 조의 2 【“입원”의 정의와 장소】..... 1

제 2-1 조의 3 【“수술”의 정의와 장소】..... 1

제 2-1 조의 4 【“화상”의 정의 및 진단확정】..... 2

제 2-1 조의 5 【“특정화상”의 정의 및 진단확정】..... 2

제 2-1 조의 6 【“3도화상”의 정의 및 진단확정】..... 2

제 2 관 보험금의 지급 등..... 2

제 2-2 조 【보험금의 지급사유】..... 2

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】..... 3

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】..... 3

제 2-4 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】..... 4

제 2-5 조 【사고증명서】..... 4

제 3 관 특약의 성립과 유지 등..... 4

제 2-6 조 【특약의 보장개시】..... 4

제 2-7 조 【피보험자의 범위】..... 4

제 2-8 조 【특약내용의 변경 등】..... 5

제 2-9 조 【특약의 갱신】..... 5

제 2-10 조 【특약의 소멸】..... 5

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금..... 6

제 2-11 조 【계약자의 임의해지】..... 6

제 2-12 조 【해약환급금】..... 6

제 5 관 기타사항..... 7

제 2-13 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 7

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 8

(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 9

(별표 2) 화상 및 부식 분류표..... 10

(별표 3) 3도 화상 및 부식 분류표..... 12

무배당화상보장특약A1 약관(240401)

보험계약자가 이 특약에 가입한 경우에 한하여
해당 피보험자에 대한 보장을 해 드립니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-12 조까지의 규정을 이 특약의 제 1 편 일반사항으로 합니다.

제 2 편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일로부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2-1조의2 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자가 제2-1조의4(“화상”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “화상”(이하 “화상”이라고 합니다)으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의3 【“수술”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사가 「화상」으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 “수술행위”는 기구를 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 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

(부연 설명)

변연절제를 포함한 창상봉합술은 과사된 조직을 제거하는 행위가 생체의 절단, 절제에 해당하므로 이 특약에서 정하는 “수술행위”에 포함됩니다.

(신의료기술평가위원회)

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

제2-1조의4 【“화상”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “화상”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 화상분류표(별표2 “화상 및 부식 분류표” 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
- ② “화상”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 따릅니다.

제2-1조의5 【“특정화상”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “특정화상”이라 함은 화상 및 부식 분류표(별표2 “화상 및 부식 분류표” 참조)에서 정한 재해에 해당되고, 심재성2도 이상인 경우를 말합니다.
- ② “심재성”이라 함은 피부의 상피층뿐만 아니라 진피의 망상층까지 손상을 입은 정도를 말합니다.
- ③ “특정화상”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 따릅니다.

제2-1조의6 【“3도화상”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “3도화상”이라 함은 3도 화상 및 부식 분류표(별표3 “3도 화상 및 부식 분류표” 참조)에서 정한 화상을 말합니다.
- ② “3도화상”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 따릅니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2-2조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2-6조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

- 1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 화상으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때: 화상수술비(수술 1회당)
- 2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 화상의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하였을 때: 화상입원비(다만, 3일초과 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 지급하며, 1회 입원

당 120일 한도 내에서 지급)

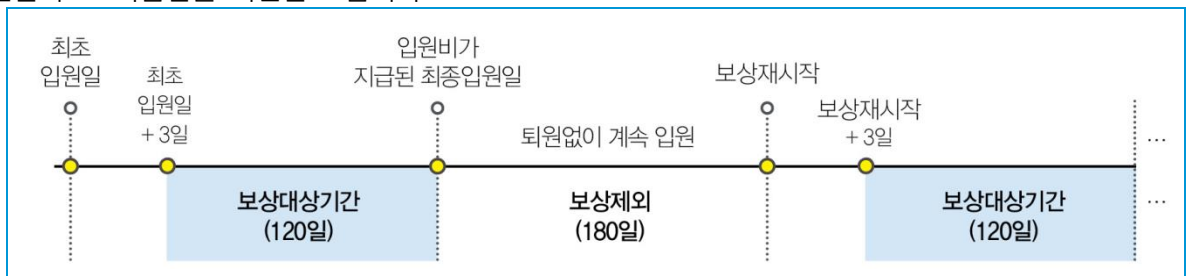
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 **특정화상으로 진단 확정 되었을 때**: 특정화상 진단비(연간 1회한)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 **3도화상으로 진단 확정 되었을 때**: 3도화상 진단비(최초1회한)

제 2-2 조의 2 【보험료의 납입면제 사유】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후 보험료납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 2-3 조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 제 1-5 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 화상입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 동일한 화상의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회이상 한 경우 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 더하고 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 화상에 의한 입원이라도 화상입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 화상입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 화상입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 화상입원비를 지급합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 계속입원이란 중도퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 화상입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 화상으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
- ⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제3호의 “연간”이라 함은 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계

약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑨ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 연간 1회를 초과하여 제2-2조(보험금의 지급사유) 제3호의 보험금 지급사유가 발생한 경우, 특정화상 진단비를 지급하지 않습니다.

⑩ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 특정화상, 3도화상을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)의 해당 보험금을 지급합니다.

제2-4조 【보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(심신상실)

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-5 조 【사고증명서】

① 제 1-3 조(보험금 및 보험료 납입면제 등의 청구)에서 말하는 사고증명서는 “진단서(병명기입), 입원확인서, 수술확인서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지 등

제 2-6 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2-7조 【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 1인 보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 2-12 조(해약환급금) 제 1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 주계약 피보험자[주계약이 2인 이상인 경우에는 주계약의 주피보험자]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2항에도 불구하고 제 2-12 조(해약환급금) 제 1항에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-8조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 해약환급금 미지급형의 경우에는 보험료의 납입기간을 변경할 수 없습니다.

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

제 2-9 조 【특약의 갱신】

이 특약은 계약의 갱신에 대한 해당사항이 없습니다.

제 2-10 조 【특약의 소멸】

- ① 제2-7조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우 또는 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유로 효력이 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계

약의 소멸사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

- 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: 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

(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 결정

- ③ 제 1 항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 또는 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금

제2-11조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2-12조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산합니다.

(보험료 및 해약환급금 산출방법서)

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

(해약환급금 관련 유의사항)

- 가. 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
 - 나. 표준형의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 다. 회사는 특약 체결시 해약환급금 미지급형과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내하여 드립니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는

청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 1-1) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-12조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약 자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-13조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약의 일반사항과 개별사항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약 보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
화상수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 화상으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액의 5% (수술1회당)
화상입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 화상의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때	3일초과 1일당 특약 보험가입금액의 0.3% (다만, 1회입원당 120일한도)
특정화상 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정화상으로 진단 확정 되었을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액의 2%
3도화상 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 3도화상으로 진단 확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액의 10%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 화상입원비는 3일을 초과하여 입원시 지급되는 보험금으로, 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 보험금이 지급됩니다.
3. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 연간 1회를 초과하여 특정화상 진단비의 지급사유가 발생한 경우, 특정화상 진단비를 지급하지 않습니다.

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
화상수술비, 화상입원비, 특정화상 진단비, 3도화상 진단비, (제2-2조 제1호에서 제4호)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-12조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

화상 및 부식 분류표

1. 약관에서 규정하는 화상으로 분류되는 재해는 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 재해를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

대 상 재 해	분 류 번 호
· 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
· 몸통의 화상 및 부식	T21
· 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
· 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
· 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
· 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
· 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
· 기도의 화상 및 부식	T27
· 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
· 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
· 상세불명 신체 부위의 화상 및 부식	T30
· 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
· 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제9차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 재해인 경우에는 이 약관에서 보장하는 재해로 봅니다.

II. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

(별표 3)

3도 화상 및 부식 분류표

1. 약관에서 규정하는 3도화상으로 분류되는 재해는 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 재해를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

대 상 재 해	분 류 번 호
· 머리 및 목의 3도 화상	T20.3
· 머리 및 목의 3도 부식	T20.7
· 몸통의 3도 화상	T21.3
· 몸통의 3도 부식	T21.7
· 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상	T22.3
· 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 부식	T22.7
· 손목 및 손의 3도 화상	T23.3
· 손목 및 손의 3도 부식	T23.7
· 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상	T24.3
· 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 부식	T24.7
· 발목 및 발의 3도 화상	T25.3
· 발목 및 발의 3도 부식	T25.7
· 적어도 한 군데는 3도 화상의 언급이 있는 여러 신체 부위의 화상	T29.3
· 적어도 한 군데는 3도 부식의 언급이 있는 여러 신체부위의 부식	T29.7
· 상세불명 신체부위의 3도 화상	T30.3
· 상세불명 신체부위의 3도 부식	T30.7

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 발생된 재해가 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 보장하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제9차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 보장하는 재해인 경우에는 이 약관에서 보장하는 재해로 봅니다.

II. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당

여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 보장하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 보장하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 보장하는 재해로 보지 않습니다.

단체취급특약

약관



■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자 적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

단체취급특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의.....	1
제 1 조 【목적】.....	1
제 2 조 【용어의 정의】.....	1
제 2 관 특약의 성립과 유지.....	1
제 3 조 【단체취급특약의 적용범위】.....	1
제 4 조 【보험요율의 적용】.....	2
제 5 조 【특약의 소멸】.....	2
제 3 관 보험료의 납입.....	2
제 6 조 【보험료의 납입】.....	2
제 4 관 기타사항.....	2
제 7 조 【주계약 약관의 준용】.....	2

단체취급특약 약관(240401)

이 특약은 청약 시 회사가 승낙한 경우 적용하는 특약입니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 특약은 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)과 관련해 보험회사(이하 “회사”라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

제2관 특약의 성립과 유지

제3조 【단체취급특약의 적용범위】

이 특약은 주계약을 체결할 때 다음과 같은 조건을 만족하는 경우에 한하여 적용합니다.

1. 주계약의 계약자 또는 피보험자가 다음 중 한 가지의 단체(이하 “대상단체”라 합니다)에 소속되어야 합니다.
 - 가. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체
 - 나. 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자 단체로 5인 이상 구성원이 있는 단체
 - 다. 그 밖에 단체의 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어 계약의 일괄 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
2. 이 특약의 적용을 받는 인원수는 제1호의 대상단체 소속원을 피보험자로 하는 주계약의 보험대상자(2인 이상인 경우 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다) 수가 5인 이상이어야 합니다.
3. 배우자형 및 가족형의 경우 주피보험자의 배우자, 자녀, 부모, 배우자의 부모를 종피보험자로 합니다.

제4조 【보험요율의 적용】

이 특약이 부가된 경우에는 사업방법서에서 정한 바에 따라 계산된 보험요율을 적용합니다.

(보험요율)

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129 조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출됩니다.

제5조 【특약의 소멸】

- ① 계약자 또는 피보험자가 소속단체를 탈퇴하였을 때 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 이 특약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우 차회 이후의 보험료는 주계약에 의한 보험료를 납입해야 합니다.

제3관 보험료의 납입

제6조 【보험료의 납입】

계약자는 제4조(보험요율의 적용)에서 정한 바에 따라 계산된 보험료를 회사가 정한 바에 따라 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다.

제4관 기타사항

제7조 【주계약 약관의 준용】

이 특약에서 별도로 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

장애인전용보험전환특약

약관



수호천사 
동양생명

■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

장애인전용보험전환특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의.....	1
제 1 조 【목적】.....	1
제 2 조 【용어의 정의】.....	1
제 2 관 특약의 성립과 유지.....	1
제 3 조 【특약의 적용범위】.....	1
제 4 조 【제출서류】.....	3
제 5 조 【장애인전용보험으로의 전환】.....	4
제 3 관 기타사항.....	4
제 6 조 【전환 취소】.....	4
제 7 조 【준용규정】.....	5

장애인전용보험전환특약 약관

이 특약은 보험기간 중 신청할 때 제공하는 서비스 특약입니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)과 관련해 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다) 또는 특약에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

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

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

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

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급금 관련 용어

해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제 2 관 특약의 성립과 유지

제 3 조 【특약의 적용범위】

① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험(이하 "장애인전용보험"이라 합니다)으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

(소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제))

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100 분의 12(제 1 호의 경우에는 100 분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료 별로 그 합계액이 각각 연 100 만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제 1 호에 따른 장애인전용 보장성보험료는 제외한다)

(소득세법 시행령 제 118 조의 4 (보험료 세액공제))

① 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항 제 1 호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제 2 항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항 제 2 호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3 억원을 초과하는 경우는 제외한다.

(소득세법 시행규칙 제 61 조의 3 (공제대상보험료의 범위))

소득세법 시행령 제118조의4 제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인인 계약

(「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인)

① 소득세법 제 51 조 제 1 항 제 2 호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근

로능력이 없는 사람

3. 삭제

4. 제 1 호 및 제 2 호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

(소득세법 시행규칙 제 54 조(장애아동의 범위))

소득세법 시행령 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

(장애인전용보험전환특약을 적용할 수 없는 사례 예시)

예 1) 피보험자 1 인은 비장애인이고 보험수익자 2 인 중 한 명은 비장애인, 한 명은 장애인인 경우

→ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

예 2) 보험수익자 1 인은 비장애인이고 피보험자 2 인 중 한 명은 비장애인, 한 명은 장애인인 경우

→ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

예 3) 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

→ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용 보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

(법정상속인)

피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제4조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제5조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제 4 조 【제출서류】

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제3조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애예상기간(또는 장애기간)이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애예상기간(또는 장애기간) 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애예상기간(또는 장애기간)이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애예상기간(또는 장애기간)이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제 5 조 【장애인전용보험으로의 전환】

- ① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약의 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

(설명)

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전 (2019년 1월 15일 ~ 2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년 6월 1일 ~ 2019년 12월 31일) 납입된 보험료만 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해 연도에 제3조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해 연도에 제6조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해 연도에 납입한 모든 전환대상계약의 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제4조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제3조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

(설명)

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

- ④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제6조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제3조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제4조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제3조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제3관 기타사항

제 6 조 【전환 취소】

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제 7 조 【준용규정】

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관 및 소득세법 등 관련법령에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법령이 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

지정대리청구서비스특약

약관



■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

지정대리청구서비스특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의.....	1
제 1 조 【목적】.....	1
제 2 조 【용어의 정의】.....	1
제 2 관 보험금의 지급.....	1
제 3 조 【지정대리청구인에 의한 보험금 지급절차】.....	1
제 4 조 【지정대리청구인에 의한 보험금의 청구】.....	2
제 3 관 특약의 성립과 유지.....	2
제 5 조 【적용대상】.....	2
제 6 조 【특약의 체결 및 소멸】.....	2
제 4 관 지정대리청구인의 지정.....	2
제 7 조 【지정대리청구인의 지정】.....	2
제 8 조 【지정대리청구인의 변경지정】.....	3
제 5 관 기타사항.....	3
제 9 조 【주계약 약관 규정의 준용】.....	3

지정대리청구서비스특약 약관

이 특약은 보험기간 중 신청할 때 제공하는 서비스 특약입니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)과 관련해 보험회사(이하 “회사”라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다) 및 특약에 부가됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

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

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

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

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 지정대리청구인: 보험금의 대리청구인이 되는 사람을 말합니다.

2. 기간과 날짜 관련 용어

보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【지정대리청구인에 의한 보험금 지급절차】

① 지정대리청구인은 제 4 조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 제 5 조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제 5 조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인이 2인 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는

이를 지급하지 않습니다.

제 4 조 【지정대리청구인에 의한 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

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 5 조 【적용대상】

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제 6 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약 및 특약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 제 5 조(적용대상)의 보험계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.

제 4 관 지정대리청구인의 지정

제 7 조 【지정대리청구인의 지정】

① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 지정대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제 8 조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제 1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 지정대리청구인 신청서(회사양식)

2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ③ 제 1 항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제 5 조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 8 조 【지정대리청구인의 변경지정】

계약자는 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(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5관 기타사항

제 9 조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

특별조건부특약

약관



■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약 자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

특별조건부특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의.....	1
제 1 조 【목적】.....	1
제 2 조 【용어의 정의】.....	1
제 2 관 특약의 성립과 유지.....	1
제 3 조 【특약의 체결 및 소멸】.....	1
제 4 조 【특약의 보장개시】.....	2
제 5 조 【특약의 내용】.....	2
제 6 조 【특약의 부가조건】.....	2
제 7 조 【특약내용의 변경】.....	3
제 8 조 【특약의 보험기간】.....	4
제 3 관 보험료의 납입.....	4
제 9 조 【특약보험료의 납입】.....	4
제 4 관 기타사항.....	4
제 10 조 【해당계약 약관 규정의 준용】.....	4
(별표) 재해분류표.....	5

특별조건부특약 약관

이 특약은 표준미달체에 대하여 특별조건을 붙여 계약을 체결하는 것을 목적으로 하며, 청약 시 회사가 승낙한 경우 적용하는 특약입니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)과 관련해 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다) 또는 특약에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 다. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 라. 표준체: 건강상태에 따라 위험률을 할인·할증하지 않은 일반 위험률을 적용하는 피보험자를 말합니다.
- 마. 표준미달체: 위험도가 일반 위험률보다 높아 표준체와 동일한 조건으로는 계약이 불가능한 피보험자를 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

재해: (별표) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

3. 지급금 관련 용어

해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제 2 관 특약의 성립과 유지

제 3 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우

계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약 또는 특약에 부가하여 이루어집니다(이하 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약은 '해당계약'이라 합니다).

② 이 특약을 피보험자가 2인 이상인 보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.

③ 해당계약이 해지 또는 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 되거나, 이 특약의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 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.

(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 결정

제 4 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 5 조 【특약의 내용】

이 특약은 피보험자의 위험도가 높아 계약의 가입이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 해당계약의 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제 6 조 【특약의 부가조건】

① 이 특약에 따라 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률에 의한 보험료와 표준체 보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에 정한 보험금을 지급합니다.

(할증위험률)

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반 위험률보다 높게 적용되는 위험률로, 이를 적용할 경우 보험료가 할증될 수(비싸질 수) 있음

2. 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정하는 삭감기간 내에 피보험자에게 재해 이외의 원인으로 해당계약의 삭감대상 보험금지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 약관에도 불구하고 계약 체결 시 정한 삭감기간 및 보험금지급비율에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다. 그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 피보험자가 사망하였을 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 않고 해당계약의 약관에 따른 보험금을 지급합니다.

가. 계단식 보험금감액법

경과기간	기준	삭감기간 및 보험금지급비율					
		1년	2년	3년	4년	5년	
1년미만	해당계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%	
1년이상 2년미만		100%	100%	60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만				75%	60%	45%	
3년이상 4년미만		100%	100%	100%	80%	60%	60%
4년이상 5년미만					80%	80%	
5년이상		100%	100%				

나. 평준식 보험금감액법

경과기간에 상관없이 전 삭감기간동안 10%이상의 범위 내에서 회사가 정한 동일한 보험금지급비율을 적용하여 보험금을 지급합니다.

(평준식 보험금감액법 예시)

삭감기간 5년, 보험금지급비율 30%인 경우

→ 가입 후 5년 이내에 대상이 되는 보험금 지급사유 발생시 해당계약에서 정한 지급 보험금의 30%지급

(5년 이후에는 해당계약에서 정한 지급보험금의 100% 지급)

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자의 위험지수가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정할 때 n세 높은 나이의 표준체 보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용할 수 있습니다.

② 제1항 제2호에도 불구하고 피보험자가 삭감기간 내에 사망시 지급하는 금액은 “삭감기간에 따른 보험금”, “이미 납입한 보험료(다만, 중도생존급부금 또는 중도인출금 등을 차감한 금액)” 및 “해약환급금” 중 큰 금액으로 합니다.

③ 제1항 제1호에서 제4호에 따라 해당계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 7 조 【특약내용의 변경】

이 특약이 부가된 해당계약의 경우에는 해당계약의 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용을 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로의 변경

(감액완납보험)

생명보험의 보험계약자가 보험기간 중 보험료 납입이 어려워졌을 경우, 그때의 해약환급금을 재원으로 당초 보험계약의 보험기간과 보험금의 지급조건은 변경하지 않고 동일한 종류의 일시납 보험으로 보험가입금액만 감액하는 보험

(보험가입금액 감액)

보험가입금액(보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액)을 가입할 때 선택한 금액보다 적은 금액으로 낮추는 것을 말합니다.

이에 따라 보험금 및 해약환급금도 줄어들며, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나 없을 수 있습니다.

(연장정기보험)

장래에 보험료 납입이 부득이할 경우 그 계약의 해약환급금을 일시납 보험료로 하여 원계약의 보험가입금액을 보험금으로 하는 정기보험

제 8 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 해당계약의 보험기간 이내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.

제 3 관 보험료의 납입

제 9 조 【특약보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료는 해당계약의 보험료 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 부가된 해당계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제 4 관 기타사항

제 10 조 【해당계약 약관 규정의 준용】

- ① 이 특약에 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당계약 약관의 규정에 따릅니다.
- ② 해당계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

특정신체부위·질병보장제한부 인수특약

약관



■ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

▪ 보험계약 관련 유의사항

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

▪ 해약환급금 관련 유의사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립액에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의.....	1
제 1 조 【목적】.....	1
제 2 조 【용어의 정의】.....	1
제 2 관 특약의 성립과 유지.....	1
제 3 조 【특약의 체결 및 효력】.....	1
제 4 조 【특약면책조건의 내용】.....	2
제 5 조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】.....	3
제 3 관 기타사항.....	3
제 6 조 【주계약 약관 규정의 준용】.....	3
(별표 1) 특정신체부위의 분류번호.....	5
(별표 2) 특정질병 분류표.....	7
(별표 3) 재해분류표.....	12

특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관 1 종(특정신체부위 보장제한형), 2 종(특정신체부위 및 특정질병 보장제한형)

이 특약은 청약 시 회사가 승낙한 경우 적용하는 특약입니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)과 관련해 보험회사(이하 “회사”라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 다. 보험계약: 주계약과 특약이 부가된 경우에는 특약을 포함한 것을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 특정신체부위: (별표 1) 특정신체부위의 분류번호 중에서 회사가 지정한 신체부위를 말합니다.
- 나. 특정질병: (별표 2) 특정질병 분류표 중에서 회사가 지정한 질병을 말합니다.
- 다. 재해: (별표 3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

- 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제 2 관 특약의 성립과 유지

제 3 조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약(또는 신청)과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 이 특약을 피보험자가 2 인 이상인 보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지

급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장이 제한되는 자로 합니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력(계약 전 알릴 의무 사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일 합니다.

⑤ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 주계약 및 특약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제 4 조 【특약면책조건의 내용】

① 주계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 1 종(특정신체부위 보장제한형)의 경우에는 제 2 항에서 정하는 질병 중 제 1 호의 질병을 대상으로 하여 부가하며, 2 종(특정신체부위 및 특정질병 보장제한형)의 경우에는 제 2 항에서 정하는 질병 중 제 1 호 및 제 2 호의 질병을 대상으로 하여 부가합니다.

② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다. 다만, 사망으로 인해 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 「특정신체부위에 발생한 질병」 또는 「특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병」
2. 특정질병

③ 제 2 항의 면책기간은 특정질병 또는 특정신체부위의 상태에 따라 「3·6 개월, 1 년부터 5 년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약인수기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

(계약인수기준)

피보험자를 대상으로 직업, 건강, 재정 상태 등 보험가입에 대한 적합 여부를 판단하는 기준을 말합니다.

④ 제 2 항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제 2 항 제 1 호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)

2. 제 2 항 제 2 호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정 질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 재해로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
4. 보험계약 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일로부터 5년)이 지나 는 동안 제 2 항 제 1 호 및 같은 항 제 2 호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제 외) 또는 치료 사실이 없고, 청약일로부터 5 년이 지난 이후 제 2 항 제 1 호 및 같은 항 제 2 호에서 정한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발 생한 경우
- ⑤ 제 4 항 제 4 호의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑥ 제 4 항 제 4 호의 “청약일로부터 5 년이 지나는 동안”이라 함은 주계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제 5 조(효력상실된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부 활(효력회복)을 청약한 날을 제 4 항 및 제 6 항의 청약일로 하여 적용합니다.

(부활(효력회복))

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

- ⑧ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음 날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
- ⑩ 제 2 항의 특정신체부위와 특정질병은 4 개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제 5 조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경 우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복) 을 취급합니다.
- ② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 3 조(특약의 체결 및 효력) 제 4 항의 규 정을 따릅니다.

제 3 관 기타사항

제 6 조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 타법령은 “(별첨) 약관내 관련된 법조항”을 참고하시기 바랍니다.

(별표 1)

특정신체부위의 분류번호

분류번호	특정신체부위의명칭
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(총수돌기 포함)
3	직장
4	항문
5	간
6	담낭(쓸개) 또는 담관
7	췌장
8	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
9	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
10	인두 및 후두(편도 포함)
11	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
12	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데 귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
13	안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
14	신장
15	부신
16	요관, 방광 및 요도
17	음경
18	질 및 외음부
19	전립선
20	유방(유선 포함)
21	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
22	난소 및 난관
23	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
24	갑상선
25	부갑상선
26	경추부(해당신경 포함)
27	흉추부(해당신경 포함)
28	요추부(해당신경 포함)
29	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
30	왼쪽 어깨
31	오른쪽 어깨
32	왼쪽 고관절
33	오른쪽 고관절

분류 번호	특정신체부위의 명칭
34	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
35	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
36	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
37	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
38	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
39	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
40	식도
41	대장(맹장, 직장 제외)
42	피부(두피 및 입술 포함)
43	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
44	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
45	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	비장
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)
51	골반부(장골, 좌골, 치골)

(별표 2)

특정질병 분류표

1. 약관에서 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 규정하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

병명	분류번호	세부내용
심장질환	I00~I02	급성 류마티스열
	I05~I09	만성 류마티스심장질환
	I20~I25	허혈심장질환
	I26~I28	폐성 심장병 및 폐순환의 질환
	I30~I52	기타 형태의 심장병
연관성질병	A39.5	수막알균성 심장병
	B37.6	칸디다심내막염
뇌혈관질환	I60~I69	뇌혈관질환
당뇨병	E10~E14	당뇨병
고혈압질환	I10~I13, I15	고혈압성 질환
결핵	A15~A19	결핵
	B90	결핵의 후유증
연관성질병	M01.1	결핵관절염
	M49.0	척추의 결핵
	M90.0	뼈의 결핵
	N33.0	결핵성 방광염
	K93.0	장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애
담석증	K80	담석증
요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
	N21	하부요로의 결석
	N23	상세불명의 신장 급통증
임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
	O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
	O13	임신[임신-유발] 고혈압
	O14	전자간
	O15	자간

병명	분류번호	세부내용
골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사양성 류마티스관절염
	M06	기타 류마티스관절염
	M08	연소성 관절염
	M15	다발관절증
	M16	고관절증
	M17	무릎관절증
	M18	제 1 수근중수관절의 관절증
	M19	기타 관절증
연관성질병	J99.0	류마티스폐질환
척추만곡증	M40	척주후만증 및 척주전만증
	M41	척주측만증
탈장	K40	사타구니탈장
	K41	대퇴탈장
	K42	배꼽탈장
	K43	복벽탈장
	K44	횡격막탈장
	K45	기타 복부탈장
	K46	상세불명의 복부탈장
자궁근종	D25	자궁의 평활근종
고지혈증	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
백내장	H25	노년백내장
	H26	기타 백내장
	H27	수정체의 기타 장애
사시	H49	마비성 사시
	H50	기타 사시
	H51	양안운동의 기타 장애
골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
	M81	병적 골절이 없는 골다공증
	M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
골반염	N70	난관염 및 난소염
	N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
	N72	자궁경부의 염증성 질환
	N73	기타 여성골반염증질환
	N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
자궁내막증	N80	자궁내막증
하지정맥류	I80	정맥염 및 혈전정맥염
	I83	하지의 정맥류
	I87	정맥의 기타 장애

병명	분류번호	세부내용
유산	N96	습관적 유산자
	O00	자궁외임신
	O01	포상기태
	O02	기타 비정상적 수태부산물
	O03	자연 유산
	O04	의학적 유산
	O05	기타 유산
	O06	상세불명의 유산
	O07	시도된 유산의 실패
	O08	유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증
O20	초기임신중 출혈	
복막의 질환	K65	복막염
	K66	복막의 기타 장애
	K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
천식	J45	천식
	J46	천식지속 상태
통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사장애
	M10	통풍
빈혈	D50~D53	영양성 빈혈
	D55~D59	용혈성 빈혈
	D60~D64	무형성 및 기타 빈혈
수면장애	G47	수면장애
두통	R51	두통
	G43	편두통
	G44	기타 두통증후군
다한증	R61	다한증
결절종	M67.4	결절종
지방종	D17	양성 지방종성 신생물
	D21	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물
	D23	피부의 기타 양성 신생물
악성신생물 (암)	C00~C97	악성신생물
	D45	진성 적혈구증가증
	D46	골수형성이상증후군
	D47.1	만성 골수증식질환
	D47.3	본태성(출혈성) 혈소판혈증
	D47.4	골수섬유증
	D47.5	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]

병명	분류번호	세부내용
수막염	A39	수막알균감염
	A87	바이러스수막염
	G00	달리 분류되지 않은 세균성 수막염
	G01	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염
	G02	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염
	G03	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염
대상포진	B02	대상포진
대장용종	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물
	K62.0	항문폴립
	K62.1	직장폴립
	K63.5	결장의 폴립
다낭성 난소증후군	E28	난소의 기능이상
림프절염	I88	비특이성 림프절염
	I89	림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애
	L04	급성 림프절염
성대질환	J38.0	성대 및 후두의 마비
	J38.1	성대 및 후두의 폴립
	J38.2	성대의 소결절
	J38.3	성대의 기타 질환
위식도염 (역류성식도염)	K20	식도염
	K21	위-식도역류병
무지외반	M20	손가락 및 발가락의 후천변형
	M21	사지의 기타 후천변형
어깨병변 (어깨질환)	M75	어깨병변
신우신염	N10	급성 세뇨관-간질신장염
	N11	만성 세뇨관-간질신장염
	N12	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염

주) 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 질병 해당 여부는 진단확정일에 시행되고 있는 한국표준 질병사인분류에 따라 판단합니다.

(설명)

피보험자에게 제8차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 규정하는 질병에 해당될 수 있었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제9차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 규정하는 질병이 아닌 경우에는 이 약관에서 규정하는 질병으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 규정하는 질병에 해당될 수 없었다고 하더라도 질병 진단확정일에 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인

분류를 적용할 때 이 약관에서 규정하는 질병인 경우에는 이 약관에서 규정하는 질병으로 봅니다.

II. 진단확정일 기준 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 규정하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 규정하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

[1. 재해의 정의]에도 불구하고, 다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 재해 발생 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 적용합니다.

(설명)

피보험자에게 발생한 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 있었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한

국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해가 아닌 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생된 재해가 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다고 하더라도 재해 발생 당시 시행되고 있는 제 9 차 개정 이후 한국표준질병사인분류를 적용할 때 이 약관에서 정의하는 재해인 경우에는 이 약관에서 정의하는 재해로 봅니다.

2. 재해 발생 당시 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 정의하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(설명)

재해 발생 당시 한국표준질병사인분류를 적용하여 이 약관에서 정의하는 재해에 해당될 수 없었다면 재해 발생 이후 한국표준질병사인분류가 개정되어 이 약관에서 정의하는 재해로 볼 수 있어 재해 발생 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 이 약관에서 정의하는 재해로 보지 않습니다.

3. 위 [1. 재해의 정의] ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, [2. 재해에 해당되지 않는 사항] ⑥에 해당하더라도 [1. 재해의 정의]에서 제외하지 않습니다.

(별첨) 약관내 관련된 법조항

아래 법조항은 약관에서 인용된 법조항으로 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
다만, 가입하신 상품에 따라 법조항이 다를 수 있는 점을 참고하셔서 활용하시기 바랍니다.

법조항은 개정시 내용이 변동될 수 있으며,
아래 법조항과 실제 법조항 내용이 다를 경우에는 실제 법조항 내용이 우선됩니다.

목차

〈보험업법〉

제 2 조(정의)	1
제 108 조(특별계정의 설정·운용).....	2
제 129 조(보험요율 산출의 원칙).....	3

〈보험업법 시행령〉

제 6 조의 2(전문보험계약자의 범위 등).....	4
------------------------------	---

〈보험업 감독규정〉

제 1-4 조의 2(전문보험계약자의 범위)	6
-------------------------------	---

〈민 법〉

제 2 조(신의성실).....	7
제 27 조(실종의 선고).....	7

〈전자서명법〉

제 2 조(정의)	8
-----------------	---

〈의료법〉

제 2 조(의료인).....	9
제 3 조(의료기관).....	9
제 3 조의 3(종합병원).....	10
제 3 조의 4(상급종합병원 지정)	10
제 5 조(의사·치과의사 및 한의사 면허).....	11
제 36 조(준수사항)	11
제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등).....	12

〈약사법〉

제 2 조(정의)	13
-----------------	----

〈의료급여법〉

제 4 조(적용 배제).....	15
제 7 조(의료급여의 내용 등)	15
제 15 조(의료급여의 제한).....	15
제 17 조(의료급여의 중지 등).....	16

〈의료급여법 시행령〉

제 13 조(급여비용의 부담).....	17
[별표 1] 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위(제 13 조 관련).....	18

〈도로교통법〉

제 2 조(정의)	27
-----------------	----

〈신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률〉

목차

제 32 조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의).....	31
제 33 조(개인신용정보의 이용).....	33
제 35 조(신용정보 이용 및 제공사실의 조회).....	33
제 36 조(상거래 거절 근거 신용정보의 고지 등).....	34
제 37 조(개인신용정보 제공 동의 철회권 등).....	34
제 39 조(무료 열람권).....	35
〈신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령〉	
제 28 조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의).....	36
〈개인정보 보호법〉	
제 15 조(개인정보의 수집·이용).....	39
제 17 조(개인정보의 제공).....	39
제 22 조(동의를 받는 방법).....	40
제 23 조(민감정보의 처리 제한).....	41
제 24 조(고유식별정보의 처리 제한).....	41
제 24 조의 2(주민등록번호 처리의 제한).....	42
〈신문 등의 진흥에 관한 법률〉	
제 2 조(정의).....	43
제 9 조(등록).....	44
〈자본시장과 금융투자업에 관한 법률〉	
제 88 조(자산운용보고서의 교부).....	46
제 188 조(신탁계약의 체결 등).....	46
〈자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령〉	
제 93 조(수시공시의 방법 등).....	48
제 265 조(회계감사인의 선임 등).....	49
〈형 법〉	
제 24 장 살인의 죄	
제 250 조(살인, 존속살해).....	50
제 251 조(영아살해).....	50
제 252 조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등).....	50
제 253 조(위계 등에 의한 촉탁살인 등).....	50
제 254 조(미수범).....	50
제 255 조(예비, 음모).....	50
제 256 조(자격정지의 병과).....	50
제 25 장 상해와 폭행의 죄	
제 257 조(상해, 존속상해).....	51
제 258 조(중상해, 존속중상해).....	51

제 259 조(상해치사)	51
제 260 조(폭행, 존속폭행).....	51
제 261 조(특수폭행)	51
제 262 조(폭행치사상).....	52
제 263 조(동시범)	52
제 264 조(상습범)	52
제 265 조(자격정지의 병과).....	52
제 31 장 약취, 유인 및 인신매매의 죄	
제 287 조(미성년자의 약취, 유인).....	52
제 288 조(추행 등 목적 약취, 유인 등).....	52
제 289 조(인신매매)	52
제 290 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상).....	53
제 291 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인·치사).....	53
제 292 조(약취, 유인, 매매, 이송된 사람의 수수·은닉 등)	53
제 294 조(미수범)	53
제 295 조(벌금의 병과)	53
제 295 조의 2(형의 감경).....	54
제 296 조(예비, 음모)	54
제 296 조의 2(세계주의)	54
제 32 장 강간과 추행의 죄	
제 297 조(강간).....	54
제 297 조의 2(유사강간)	54
제 298 조(강제추행)	54
제 299 조(준강간, 준강제추행)	54
제 300 조(미수범)	55
제 301 조(강간 등 상해·치상).....	55
제 301 조의 2(강간등 살인·치사)	55
제 302 조(미성년자 등에 대한 간음).....	55
제 303 조(업무상위력 등에 의한 간음).....	55
제 305 조(미성년자에 대한 간음, 추행)	55
제 305 조의 2(상습범).....	55
제 305 조의 3(예비, 음모).....	56
제 38 장 절도와 강도의 죄	
제 329 조(절도).....	56
제 330 조(야간주거침입절도)	56
제 331 조(특수절도)	56
제 331 조의 2(자동차등 불법사용).....	56
제 332 조(상습범)	56

목차

제 333 조(강도).....	56
제 334 조(특수강도)	57
제 335 조(준강도)	57
제 336 조(인질강도)	57
제 337 조(강도상해, 치상).....	57
제 338 조(강도살인·치사).....	57
제 339 조(강도강간)	57
제 340 조(해상강도)	57
제 341 조(상습범)	58
제 342 조(미수범)	58
제 343 조(예비, 음모).....	58
제 344 조(친족간의 범행).....	58
제 345 조(자격정지의 병과).....	58
제 346 조(동력).....	58
〈폭력행위 등 처벌에 관한 법률〉	
제 4 조(단체 등의 구성·활동).....	59
〈상 법〉	
제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약해지)	60
〈상법 시행령〉	
제 44 조의 2(타인의 생명보험)	61
〈초·중등교육법〉	
제 2 조(학교의 종류).....	62
〈지역보건법〉	
제 10 조(보건소의 설치)	63
제 12 조(보건의료원)	63
제 13 조(보건지소의 설치).....	63
〈국민건강보험법〉	
제 5 조(적용 대상 등).....	64
제 40 조(「민법」의 준용)	64
제 41 조(요양급여)	64
제 42 조(요양기관)	65
제 53 조(급여의 제한)	65
제 54 조(급여의 정지).....	66
〈국민건강보험법 시행령〉	
[별표 3] 본인부담상한액의 산정방법(제 19 조제 4 항 관련).....	68

목차

〈국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙〉	
제 9 조(비급여대상)	71
〈농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법〉	
제 15 조(보건진료소의 설치·운영).....	72
〈응급의료에 관한 법률〉	
제 2 조(정의)	73
제 26 조(권역응급의료센터의 지정).....	73
제 35 조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)	74
〈의료법시행규칙〉	
제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격).....	75
[별표 1 의 2] 간호·간병통합서비스 제공기관의 인력, 시설, 운영 등 기준(제 1 조의 4 제 3 항 관련)	82
〈소득세법〉	
제 14 조(과세표준의 계산).....	84
제 20 조의 3(연금소득).....	85
제 21 조(기타소득)	85
제 44 조(상속의 경우의 소득금액의 구분 계산).....	86
제 47 조의 2(연금소득공제).....	86
제 51 조의 3(연금보험료공제).....	86
제 59 조의 3(연금계좌세액공제)	87
〈소득세법 시행령〉	
제 20 조의 2(의료 목적 또는 부득이한 인출의 요건 등).....	88
제 40 조의 2(연금계좌 등).....	89
제 40 조의 4(연금계좌의 이체)	92
제 100 조의 2(연금계좌의 승계 등).....	92
제 118 조의 3(연금계좌세액공제 한도액 초과납입금 등의 해당 연도 납입금으로의 전환 특례)	93
〈감염병의 예방 및 관리에 관한 법률〉	
제 2 조(정의)	94
〈장기등 이식에 관한 법률〉	
제 4 조(정의)	95
〈산업재해보상보험법 시행규칙〉	
제 47 조(운동기능장해의 측정).....	96
〈관공서의 공휴일에 관한 규정〉	
제 2 조(공휴일).....	97
제 3 조(대체공휴일)	97

목차

〈국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률〉

제 1 조(목적)	98
제 2 조(예우의 기본이념)	98
제 3 조(정부의 시책)	98
제 4 조(적용 대상 국가유공자)	98
제 5 조(유족 또는 가족의 범위)	100
제 6 조(등록 및 결정)	101
제 6 조의 2(국가유공자 등의 변동신고 등)	102
제 6 조의 3(신체검사)	103
제 6 조의 4(상이등급의 구분)	104
제 6 조의 5(상이의 추가인정)	104
제 6 조의 6(상이등급 판정 등에 대한 특례)	104
제 6 조의 7(6·25 전사자의 유족이 없는 경우에 대한 등록 및 결정의 특례)	104
제 7 조(보상 원칙)	105
제 7 조의 2(상이등급에 따라 등록된 국가유공자 등에 대한 보상 특례)	105
제 7 조의 3(외국국적동포 등에 대한 보상 특례)	105
제 8 조 삭제	105
제 9 조(보상받을 권리의 발생시기 및 소멸시기 등)	105
제 10 조(품위유지 의무)	106

〈장애인 복지법〉

제 2 조(장애인의 정의 등)	107
제 32 조(장애인 등록)	108

〈호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률〉

제 2 조(정의)	110
제 15 조(연명의료중단등결정 이행의 대상)	111
제 16 조(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단)	111
제 17 조(환자의 의사 확인)	111
제 18 조(환자의 의사를 확인할 수 없는 경우의 연명의료중단등결정)	112
제 19 조(연명의료중단등결정의 이행 등)	112
제 20 조(기록의 보존)	113

〈노인장기요양보험법〉

제 2 조(정의)	114
제 15 조(등급판정 등)	114
제 23 조(장기요양급여의 종류)	114
제 29 조(장기요양급여의 제한)	115

〈노인장기요양보험법 시행령〉

제 2 조(노인성 질병)	116
---------------	-----

목 차

〈금융소비자 보호에 관한 법률〉

제 2 조(정의)	118
제 42 조(소액분쟁사건에 관한 특례)	120
제 47 조(위법계약의 해지).....	120

〈금융소비자 보호에 관한 법률 시행령〉

121

제 38 조(위법계약의 해지).....	121
-----------------------	-----

〈통계법〉

제 18 조(통계작성의 승인).....	122
-----------------------	-----

〈자동차관리법 시행규칙〉

제 2 조(자동차의 종별 구분)	123
[별표 1] 자동차의 종류	123

〈보험업법〉

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "보험상품"이란 위험보장을 목적으로 우연한 사건 발생에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정하고 대가를 수수(授受)하는 계약(「국민건강보험법」에 따른 건강보험, 「고용보험법」에 따른 고용보험 등 보험계약자의 보호 필요성 및 금융거래 관행 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 것은 제외한다)으로서 다음 각 목의 것을 말한다.

가. 생명보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 생존 또는 사망에 관하여 약정한 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약

나. 손해보험상품: 위험보장을 목적으로 우연한 사건(다목에 따른 질병·상해 및 간병은 제외한다)으로 발생하는 손해(계약상 채무불이행 또는 법령상 의무불이행으로 발생하는 손해를 포함한다)에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약

다. 제 3 보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 질병·상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약

2. "보험업"이란 보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수(引受), 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것으로서 생명보험업·손해보험업 및 제 3 보험업을 말한다.

3. "생명보험업"이란 생명보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.

4. "손해보험업"이란 손해보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.

5. "제 3 보험업"이란 제 3 보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.

6. "보험회사"란 제 4 조에 따른 허가를 받아 보험업을 경영하는 자를 말한다.

7. "상호회사"란 보험업을 경영할 목적으로 이 법에 따라 설립된 회사로서 보험계약자를 사원(社員)으로 하는 회사를 말한다.

8. "외국보험회사"란 대한민국 이외의 국가의 법령에 따라 설립되어 대한민국 이외의 국가에서 보험업을 경영하는 자를 말한다.

9. "보험설계사"란 보험회사·보험대리점 또는 보험중개사에 소속되어 보험계약의 체결을 중개하는 자(법인이 아닌 사단(社團)과 재단을 포함한다)로서 제 84 조에 따라 등록된 자를 말한다.

10. "보험대리점"이란 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리하는 자(법인이 아닌 사단과 재단을 포함한다)로서 제 87 조에 따라 등록된 자를 말한다.

11. "보험중개사"란 독립적으로 보험계약의 체결을 중개하는 자(법인이 아닌 사단과 재단을 포함한다)로서 제 89 조에 따라 등록된 자를 말한다.

12. "모집"이란 보험계약의 체결을 중개하거나 대리하는 것을 말한다.

13. "신용공여"란 대출 또는 유가증권의 매입(자금 지원적 성격인 것만 해당한다)이나 그 밖에 금융거래상의 신용위험이 따르는 보험회사의 직접적·간접적 거래로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회가 정하는 거래를 말한다.
14. "총자산"이란 재무상태표에 표시된 자산에서 미상각신계약비(未償却新契約費), 영업권 등 대통령령으로 정하는 자산을 제외한 것을 말한다.
15. "자기자본"이란 납입자본금·자본잉여금·이익잉여금, 그 밖에 이에 준하는 것(자본조정은 제외한다)으로서 대통령령으로 정하는 항목의 합계액에서 영업권, 그 밖에 이에 준하는 것으로서 대통령령으로 정하는 항목의 합계액을 뺀 것을 말한다.
16. "동일차주"란 동일한 개인 또는 법인 및 이와 신용위험을 공유하는 자로서 대통령령으로 정하는 자를 말한다.
17. "대주주"란 「금융회사의 지배구조에 관한 법률」 제 2 조제 6 호에 따른 주주를 말한다.
18. "자회사"란 보험회사가 다른 회사(「민법」 또는 특별법에 따른 조합을 포함한다)의 의결권 있는 발행주식(출자지분을 포함한다) 총수의 100 분의 15 를 초과하여 소유하는 경우의 그 다른 회사를 말한다.
19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
 - 가. 국가
 - 나. 한국은행
 - 다. 대통령령으로 정하는 금융기관
 - 라. 주권상장법인
 - 마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자
20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

제 108 조(특별계정의 설정·운용)

- ① 보험회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 준비금에 상당하는 자산의 전부 또는 일부를 그 밖의 자산과 구별하여 이용하기 위한 계정(이하 "특별계정"이라 한다)을 각각 설정하여 운용할 수 있다.
 1. 「소득세법」 제 20 조의 3 제 1 항제 2 호 각 목 외의 부분에 따른 연금저축계좌를 설정하는 계약
 2. 「근로자퇴직급여 보장법」 제 29 조제 2 항에 따른 보험계약 및 법률 제 10967 호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법률 부칙 제 2 조제 1 항 본문에 따른 퇴직보험계약
 3. 변액보험계약(보험금이 자산운용의 성과에 따라 변동하는 보험계약을 말한다)
 4. 그 밖에 금융위원회가 필요하다고 인정하는 보험계약

- ② 보험회사는 특별계정에 속하는 자산은 다른 특별계정에 속하는 자산 및 그 밖의 자산과 구분하여 회계처리하여야 한다.
- ③ 보험회사는 특별계정에 속하는 이익을 그 계정상외 보험계약자에게 분배할 수 있다.
- ④ 특별계정에 속하는 자산의 운용방법 및 평가, 이익의 분배, 자산운용실적의 비교·공시, 운용전문인력의 확보, 의결권 행사의 제한 등 보험계약자 보호에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 129 조(보험요율 산출의 원칙)

보험회사는 보험요율을 산출할 때 객관적이고 합리적인 통계자료를 기초로 대수(大數)의 법칙 및 통계신뢰도를 바탕으로 하여야 하며, 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.

1. 보험요율이 보험금과 그 밖의 급부(給付)에 비하여 지나치게 높지 아니할 것
2. 보험요율이 보험회사의 재무건전성을 크게 해칠 정도로 낮지 아니할 것
3. 보험요율이 보험계약자 간에 부당하게 차별적이지 아니할 것
4. 자동차보험의 보험요율인 경우 보험금과 그 밖의 급부와 비교할 때 공정하고 합리적인 수준일 것

〈보험업법 시행령〉

제 6 조의 2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제 2 조제 19 호 각 목 외의 부분 단서에서 “대통령령으로 정하는 자”란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제 2 항제 15 호에 해당하는 자
4. 제 3 항제 15 호, 제 16 호 및 제 18 호에 해당하는 자

② 법 제 2 조제 19 호다목에서 “대통령령으로 정하는 금융기관”이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.

1. 보험회사
2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
10. 「은행법」에 따른 은행
11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제 22 조에 따른 겸영 금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
15. 제 1 호부터 제 14 호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제 2 조제 19 호마목에서 “대통령령으로 정하는 자”란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 법 제 83 조에 따라 모집을 할 수 있는 자
3. 법 제 175 조에 따른 보험협회(이하 “보험협회”라 한다), 법 제 176 조에 따른 보험요율 산출기관(이하 “보험요율 산출기관”이라 한다) 및 법 제 178 조에 따른 보험 관계 단체
4. 「한국자산관리공사 설립 등에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 “금융감독원”이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제 373 조의 2 에 따라 허가를 받은 거래소(이하 “거래소”라 한다)

8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제 12 호와 제 13 호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
 - 가. 외국 정부
 - 나. 조약에 따라 설립된 국제기구
 - 다. 외국 중앙은행
 - 라. 제 1 호부터 제 15 호까지 및 제 18 호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

〈보험업 감독규정〉

제 1-4 조의 2(전문보험계약자의 범위)

영 제 6 조의 2 제 3 항제 18 호에서 “금융위원회가 정하여 고시하는 자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

1. 제 7-49 조제 2 호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자
4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관
5. 「지방공기업법」에 따른 지방공기업
6. 특별법에 따라 설립된 기관
7. 제 7-49 조제 2 호가목 1)에 해당하는 단체

〈민 법〉

제 2 조(신의성실)

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.
- ② 권리는 남용하지 못한다.

제 27 조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5 년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1 년간 분명하지 아니한 때에도 제 1 항과 같다.

〈전자서명법〉

제 2 조(정의)

2. "전자서명"이라 함은 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

〈의료법〉

제 2 조(의료인)

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
 5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
 - 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
 - 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
 - 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
 - 라. 제 80 조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제 3 조(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 의료 행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 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(「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 4 호에 따른 의료재활시설로서 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

- 마. 정신병원
- 바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제 2 항제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 3 조의 3(종합병원)

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 - 1. 100 개 이상의 병상을 갖출 것
 - 2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3 개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 3. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제 1 항제 2 호 또는 제 3 호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제 3 조의 4(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 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제 77 조제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 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.

제 5 조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제 9 조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제 11 조의 2 에 따른 인정기관(이하 “평가인증기구”라 한다)의 인증(이하 “평가인증기구의 인증”이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제 1 호나 제 2 호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제 9 조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6 개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

③ 제 1 항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제 36 조(준수사항)

의료법 제 33 조제 2 항 및 제 8 항에 따라 의료기관을 개설하는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.

1. 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격에 관한 사항
2. 의료기관의 안전관리시설 기준에 관한 사항
3. 의료기관 및 요양병원의 운영 기준에 관한 사항
4. 고가의료장비의 설치·운영 기준에 관한 사항
5. 의료기관의 종류에 따른 의료인 등의 정원 기준에 관한 사항
6. 급식관리 기준에 관한 사항
7. 의료기관의 위생 관리에 관한 사항
8. 의료기관의 의약품 및 일회용 의료기기의 사용에 관한 사항
9. 의료기관의 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제 41 조제 4 항에 따른 감염병환자 등의 진료 기준에 관한 사항
10. 의료기관 내 수술실, 분만실, 중환자실 등 감염관리가 필요한 시설의 출입 기준에 관한 사항
11. 의료인 및 환자 안전을 위한 보안장비 설치 및 보안인력 배치 등에 관한 사항
12. 의료기관의 신체보호대 사용에 관한 사항
13. 의료기관의 의료관련감염 예방에 관한 사항

14. 종합병원과 요양병원의 임종실 설치에 관한 사항

제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1 명을 포함하여 20 명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제 1 호 또는 제 2 호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제 28 조제 1 항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3 년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제 3 항제 5 호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

〈약사법〉

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)]를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)]를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.
 - 가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것
 - 나. 사람이나 동물의 질병을 진단·치료·경감·처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
 - 다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.
7. "의약외품(醫藥外品)"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품(제 4 호나목 또는 다목에 따른 목적으로 사용되는 물품은 제외한다)으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 것을 말한다.
 - 가. 사람이나 동물의 질병을 치료·경감(輕減)·처치 또는 예방할 목적으로 사용되는 섬유·고무제품 또는 이와 유사한 것
 - 나. 인체에 대한 작용이 약하거나 인체에 직접 작용하지 아니하며, 기구 또는 기계가 아닌 것과 이와 유사한 것
 - 다. 감염병 예방을 위하여 살균·살충 및 이와 유사한 용도로 사용되는 제제
8. "신약"이란 화학구조나 본질 조성이 전혀 새로운 신물질의약품 또는 신물질을 유효성분으로 함유한 복합제제 의약품으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 의약품을 말한다.
9. "일반의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것으로서 보건복지부장관과 협의하여 식품의약품안전처장이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 의약품을 말한다.
 - 가. 오용·남용될 우려가 적고, 의사나 치과의사의 처방 없이 사용하더라도 안전성 및 유효성을 기대할 수 있는 의약품
 - 나. 질병 치료를 위하여 의사나 치과의사의 전문지식이 없어도 사용할 수 있는 의약품
 - 다. 의약품의 제형(劑型)과 약리작용상 인체에 미치는 부작용이 비교적 적은 의약품

10. "전문의약품"이란 일반의약품이 아닌 의약품을 말한다.
11. "조제"란 일정한 처방에 따라서 두 가지 이상의 의약품을 배합하거나 한 가지 의약품을 그대로 일정한 분량으로 나누어서 특정한 용법에 따라 특정인의 특정된 질병을 치료하거나 예방하는 등의 목적으로 사용하도록 약제를 만드는 것을 말한다.
12. "복약지도(服藥指導)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 가. 의약품의 명칭, 용법·용량, 효능·효과, 저장 방법, 부작용, 상호 작용이나 성상(性狀) 등의 정보를 제공하는 것
 - 나. 일반의약품을 판매할 때 진단적 판단을 하지 아니하고 구매자가 필요한 의약품을 선택할 수 있도록 도와주는 것
13. "안전용기·포장"이란 5세 미만 어린이가 열기 어렵게 설계·고안된 용기나 포장을 말한다.
14. "위탁제조판매업"이란 제조시설을 갖추지 아니하고 식품의약품안전처장으로부터 제조판매 품목허가를 받은 의약품을 의약품제조업자에게 위탁하여 제조판매하는 영업을 말한다.
15. "임상시험"이란 의약품 등의 안전성과 유효성을 증명하기 위하여 사람을 대상으로 해당 약물의 약동(藥動)·약력(藥力)·약리·임상적 효과를 확인하고 이상반응을 조사하는 시험(생물학적 동등성시험을 포함한다)을 말한다. 다만, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제 2 조제 3 호에 따른 첨단재생의료 임상연구는 제외한다.
16. "비임상시험"이란 사람의 건강에 영향을 미치는 시험물질의 성질이나 안전성에 관한 각종 자료를 얻기 위하여 실험실과 같은 조건에서 동물·식물·미생물과 물리적·화학적 매체 또는 이들의 구성 성분으로 이루어진 것을 사용하여 실시하는 시험을 말한다.
17. "생물학적 동등성시험"이란 임상시험 중 생물학적 동등성을 입증하기 위한 생체시험으로서 동일 주성분을 함유한 두 제제의 생체이용률이 통계학적으로 동등하다는 것을 보여주는 시험을 말한다.
18. "희귀의약품"이란 제 4 호에 따른 의약품 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 의약품으로서 식품의약품안전처장의 지정을 받은 의약품을 말한다.
 - 가. 「희귀질환관리법」 제 2 조제 1 호에 따른 희귀질환을 진단하거나 치료하기 위한 목적으로 사용되는 의약품
 - 나. 적용 대상이 드문 의약품으로서 대체 가능한 의약품이 없거나 대체 가능한 의약품보다 현저히 안전성 또는 유효성이 개선된 의약품
19. "국가필수의약품"이란 질병 관리, 방사능 방재 등 보건의료상 필수적이거나 시장 기능만으로는 안정적 공급이 어려운 의약품으로서 보건복지부장관과 식품의약품안전처장이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 지정하는 의약품을 말한다.

〈의료급여법〉

제 4 조(적용 배제)

- ① 수급권자가 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우에는 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.
- ② 수급권자가 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체 등으로부터 의료급여에 상당하는 급여 또는 비용을 받게 되는 경우에는 그 한도에서 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.

제 7 조(의료급여의 내용 등)

- ① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.
 1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술과 그 밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치
- ② 제 1 항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

제 15 조(의료급여의 제한)

- ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우
 2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
- ② 의료급여기관은 수급권자가 제 1 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 알려야 한다.

제 17 조(의료급여의 중지 등)

- ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.
 1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
 2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우
- ② 시장·군수·구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다.
- ③ 시장·군수·구청장은 제 1 항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.

〈의료급여법 시행령〉

제 13 조(급여비용의 부담)

- ① 법 제 10 조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1 과 같다.
 1. 삭제
 2. 삭제
- ② 삭제
- ③ 제 1 항의 규정에 불구하고 법 제 15 조제 1 항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.
- ④ 제 1 항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제 3 항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.
- ⑤ 제 4 항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제 1 호라목·마목, 같은 표 제 2 호마목·바목 및 같은 표 제 3 호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30 일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100 분의 50 에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2 천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.
 1. 1 종수급권자 : 2 만원
 2. 2 종수급권자 : 20 만원
- ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제 5 항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2 천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
 1. 1 종수급권자 : 매 30 일간 5 만원
 2. 2 종수급권자 : 연간 80 만원. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호라목에 따른 요양병원에 연간 240 일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120 만원으로 한다.
- ⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제 6 항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

[별표 1] 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위(제 13 조 관련)

1. 1 종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여기관	의료급여의 내용	기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조제2항 제1호가목에 해당하는 제1차의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차의료급여기관 중 보건의료원	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제 8365 호 약사법 전부개정법률 부칙 제 8 조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1 회 방문당 1,500 원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	가) (2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상 진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100 분의 95. 다만, 법 제 7 조제 1 항제 2 호의 약제(이하 "약제"라 한다)는 급여비용총액에서 「국민건강보험법 시행령」 제 22 조제 1 항 각 호 외의 부분 후단에 따른 구입금액(이하 "구입금액"이라 한다)의 100 분의 5 에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1 회 방문당 1,000 원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료	급여비용총액 전부
2) 법 제9조제2항 제2호에 따른 제2차의료급여기관	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제 8365 호 약사법 전부개정법률 부칙 제 8 조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1 회 방문당 2,000 원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	가) (2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상 진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100 분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100 분의 5 에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1 회 방문당 1,500 원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료	급여비용총액 전부

의료급여기관	의료급여의 내용	기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
3) 법 제9조제2항 제3호에 따른 제3차의료급여기관	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우
	나) 입원진료	(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
	다) 약제	(3) 그 밖의 외래진료
	라) 입원진료	
4) 법 제9조제2항 제1호의 제1차의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원진료	급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항 제1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비고: 위 표 1)가)(1), 2)가)(1) 및 3)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3), 2)가)(3) 및 3)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 가목 1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.

다. 가목 1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)에도 불구하고 1종수급권자 중 다음에 해당하는 사람에게 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다. 다만, 법 제7조제2항에 따른 한도를

초과하여 의료급여를 받은 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 급여비용총액의 일부를 부담하게 할 수 있다.

- (1) 18 세 미만인 사람
 - (2) 임산부
 - (3) 제 2 조제 1 호에 따른 무연고자로 확인된 사람
 - (4) 법 제 3 조제 1 항제 9 호에 따른 노숙인 등
 - (5) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람
 - (6) 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사람
- 라. 가목 1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65 세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 마. 가목 1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65 세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다.
- 바. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도(重症度)를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18 민주유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자치원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 다목에 해당하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500 원 미만이면 500 원을 본인부담금으로 한다.
- 사. 가목 1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 아. 가목 1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.
- 1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우
 - 2) 「의료법」 제 34 조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

- 3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우
- 자. 가목 1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

2. 2 종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조제2항제1호가목에 해당하는 제1차의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500 원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000 원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
2) 법 제9조제2항제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자에 대한 그 질환의 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500 원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.

의료급여기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
		출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	100 분의 15 에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1 회 방문당 1,000 원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 그 밖의 외래진료		급여비용총액의 100 분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100 분의 15 에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	다) 입원진료		급여비용총액의 100 분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100 분의 10 에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
3) 법 제9조제2항제 3 호에 따른 제 3 차 의료급여기관	가) 외래진료		급여비용총액의 100 분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100 분의 15 에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	나) 입원진료		급여비용총액의 100 분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100 분의 10 에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
4) 법 제9조제2항제 1 호의 제 1 차의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원 진료		급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항제 1 호의 제 1 차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건 의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액에서 처방전 1 매당 500 원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

의료급여기관	의료급여의 내용	기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
	다) 약사가 「약사법」 제 23 조제 3 항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1 회 방문당 900 원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비고: 위 표 1)가)(1) 및 2)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3) 및 2)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 가목 1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.

다. 가목 1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 자연분만 및 제왕절개분만에 대한 의료급여와 6 세 미만의 아동에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 받은 경우에는 본인부담금을 면제한다.

라. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환을 가진 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

마. 가목 1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65 세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100 분의 85 를 기금에서 부담한다.

바. 가목 1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65 세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100 분의 80 을 기금에서 부담한다.

사. 가목 1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 고위험 임신부에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 입원진료를 의료급여로 실시한 경우에는 급여비용총액의 100 분의 95 를 기금에서 부담한다.

아. 가목 5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5 · 18 민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우 및 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100 분의 97 을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500 원 미만이면 500 원을 본인부담금으로 한다.

- 자. 가목 1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 임신부의 외래진료(유산·사산으로 인한 외래진료를 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 차. 가목 1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만 5세까지의 조산아(早産兒) 및 저체중 출생아의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 카. 가목 1)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 타. 가목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 기준에 따른다.
 - 1) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료(이하 이 목에서 "전산화단층촬영등"이라 한다)를 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.
 - 2) 1) 외의 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영등을 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.
- 파. 타목 2)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 하. 가목 1)가)(2), 같은 1) 나), 같은 목 2)나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치매에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 거. 가목 1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다.
- 너. 가목 1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 16세 이상 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 더. 가목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 러. 가목 1)가)(1)·(3), 같은 1) 나), 같은 목 2)가)(1)·(3), 같은 2) 나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.
 - 1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우

- 2) 「의료법」 제 34 조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우
 - 3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우
- 머. 가목 1)가), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 차목에도 불구하고 1 세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.
- 버. 가목 2)가)(2), 같은 2) 나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 1 세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 서. 가목 1)부터 3)까지 및 같은 목 5)나)·다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.
3. 제 1 호 및 제 2 호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 목에서 정하는 금액을 기금에서 부담한다.
- 가. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제 4 호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목을 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100 분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.
 - 나. 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호에 따른 병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 4 호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다. 이하 같다)·정신병원·종합병원 및 같은 법 제 3 조의 4 에 따라 지정된 상급종합병원에서 「국민건강보험법」 제 43 조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2 인실·3 인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 다음의 기준을 따른다.
 - 1) 상급종합병원 2 인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100 분의 50 을, 3 인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100 분의 60 을 각각 의료급여기금에서 부담한다.
 - 2) 병원·한방병원·요양병원·정신병원·종합병원 2 인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100 분의 60 을, 3 인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100 분의 70 을 각각 의료급여기금에서 부담한다.
 - 다. 법 제 7 조제 2 항에 따라 보건복지부령으로 정하는 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 수급권자로서 보건복지부령으로 정하는 승인을 얻지 않은 수급권자에게 실시하는 의료급여에 대해서는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다. 다만, 제 1 호가목 4) 및 제 2 호가목 4)의 의료급여기관에서 받는 외래·입원진료와 제 1 호가목 5)가) 및 제 2 호가목 5)가)에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.
 - 1) 외래진료의 경우에는 급여비용총액의 100 분의 70
 - 2) 입원진료의 경우에는 급여비용총액의 100 분의 80
 - 3) 제 1 호가목 5)나)·다) 및 제 2 호가목 5)나)·다)의 경우에는 급여비용총액의 100 분의 70

라. 다목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다.

- 1) 1종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 70
- 2) 2종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 60
- 3) 1) 및 2)에도 불구하고 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 추나요법 급여비용의 100분의 20

〈도로교통법〉

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “도로”란 다음 각 목에 해당하는 곳을 말한다.
 - 가. 「도로법」에 따른 도로
 - 나. 「유료도로법」에 따른 유료도로
 - 다. 「농어촌도로 정비법」에 따른 농어촌도로
 - 라. 그 밖에 현실적으로 불특정 다수의 사람 또는 차마(車馬)가 통행할 수 있도록 공개된 장소로서 안전하고 원활한 교통을 확보할 필요가 있는 장소
2. “자동차전용도로”란 자동차만 다닐 수 있도록 설치된 도로를 말한다.
3. “고속도로”란 자동차의 고속 운행에만 사용하기 위하여 지정된 도로를 말한다.
4. “차도”(車道)란 연석선(차도와 보도를 구분하는 돌 등으로 이어진 선을 말한다. 이하 같다), 안전표지 또는 그와 비슷한 인공구조물을 이용하여 경계(境界)를 표시하여 모든 차가 통행할 수 있도록 설치된 도로의 부분을 말한다.
5. “중앙선”이란 차마의 통행 방향을 명확하게 구분하기 위하여 도로에 황색 실선(實線)이나 황색 점선 등의 안전표지로 표시한 선 또는 중앙분리대나 울타리 등으로 설치한 시설물을 말한다. 다만, 제 14 조제 1 항 후단에 따라 가변차로(可變車路)가 설치된 경우에는 신호기가 지시하는 진행방향의 가장 왼쪽에 있는 황색 점선을 말한다.
6. “차로”란 차마가 한 줄로 도로의 정하여진 부분을 통행하도록 차선(車線)으로 구분한 차도의 부분을 말한다.
7. “차선”이란 차로와 차로를 구분하기 위하여 그 경계지점을 안전표지로 표시한 선을 말한다.
- 7 의 2. “노면전차 전용로”란 도로에서 궤도를 설치하고, 안전표지 또는 인공구조물로 경계를 표시하여 설치한 「도시철도법」 제 18 조의 2 제 1 항 각 호에 따른 도로 또는 차로를 말한다.
8. “자전거도로”란 안전표지, 위험방지용 울타리나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 자전거 및 개인형 이동장치가 통행할 수 있도록 설치된 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제 3 조 각 호의 도로를 말한다.
9. “자전거횡단도”란 자전거 및 개인형 이동장치가 일반도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.
10. “보도”(步道)란 연석선, 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 보행자(유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기 등 행정안전부령으로 정하는 기구·장치를 이용하여 통행하는 사람 및 제 21 호의 3 에 따른 실외이동로봇을 포함한다. 이하 같다)가 통행할 수 있도록 한 도로의 부분을 말한다.
11. “길가장자리구역”이란 보도와 차도가 구분되지 아니한 도로에서 보행자의 안전을 확보하기 위하여 안전표지 등으로 경계를 표시한 도로의 가장자리 부분을 말한다.
12. “횡단보도”란 보행자가 도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.

13. “교차로”란 ‘십’자로, ‘T’자로나 그 밖에 둘 이상의 도로(보도와 차도가 구분되어 있는 도로에 서는 차도를 말한다)가 교차하는 부분을 말한다.
- 13의2. “회전교차로”란 교차로 중 차마가 원형의 교통섬(차마의 안전하고 원활한 교통처리나 보행자 도로횡단의 안전을 확보하기 위하여 교차로 또는 차도의 분기점 등에 설치하는 섬 모양의 시설을 말한다)을 중심으로 반시계방향으로 통행하도록 한 원형의 도로를 말한다.
14. “안전지대”란 도로를 횡단하는 보행자나 통행하는 차마의 안전을 위하여 안전표지나 이와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로의 부분을 말한다.
15. “신호기”란 도로교통에서 문자·기호 또는 등화(燈火)를 사용하여 진행·정지·방향전환·주의 등의 신호를 표시하기 위하여 사람이나 전기의 힘으로 조작하는 장치를 말한다.
16. “안전표지”란 교통안전에 필요한 주의·규제·지시 등을 표시하는 표지판이나 도로의 바닥에 표시하는 기호·문자 또는 선 등을 말한다.
17. “차마”란 다음 각 목의 차와 우마를 말한다.
 - 가. “차”란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 1) 자동차
 - 2) 건설기계
 - 3) 원동기장치자전거
 - 4) 자전거
 - 5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기, 제 21 호의 3 에 따른 실외이동로봇 등 행정안전부령으로 정하는 기구·장치는 제외한다.
 - 나. “우마”란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 말한다.
- 17의2. “노면전차”란 「도시철도법」 제 2 조제 2 호에 따른 노면전차로서 도로에서 궤도를 이용하여 운행되는 차를 말한다.
18. “자동차”란 철길이나 가설된 선을 이용하지 아니하고 원동기를 사용하여 운전되는 차(견인되는 자동차도 자동차의 일부로 본다)로서 다음 각 목의 차를 말한다.
 - 가. 「자동차관리법」 제 3 조에 따른 다음의 자동차. 다만, 원동기장치자전거는 제외한다.
 - 1) 승용자동차
 - 2) 승합자동차
 - 3) 화물자동차
 - 4) 특수자동차
 - 5) 이륜자동차
 - 나. 「건설기계관리법」 제 26 조제 1 항 단서에 따른 건설기계
- 18의2. “자율주행시스템”이란 「자율주행자동차 상용화 촉진 및 지원에 관한 법률」 제 2 조제 1 항 제 2 호에 따른 자율주행시스템을 말한다. 이 경우 그 종류는 완전 자율주행시스템, 부분 자율주행시스템 등 행정안전부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.
- 18의3. “자율주행자동차”란 「자동차관리법」 제 2 조제 1 호의 3 에 따른 자율주행자동차로서 자율주행시스템을 갖추고 있는 자동차를 말한다.

19. “원동기장치자전거”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.
 - 가. 「자동차관리법」 제 3 조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125 시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11 킬로와트 이하)의 이륜자동차
 - 나. 그 밖에 배기량 125 시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11 킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제 2 조제 1 호의 2 에 따른 전기 자전거 및 제 21 호의 3 에 따른 실외이동로봇은 제외한다)
- 19 의 2. “개인형 이동장치”란 제 19 호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25 킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30 킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.
20. “자전거”란 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제 2 조제 1 호 및 제 1 호의 2 에 따른 자전거 및 전기자전거를 말한다.
21. “자동차등”이란 자동차와 원동기장치자전거를 말한다.
- 21 의 2. “자전거등”이란 자전거와 개인형 이동장치를 말한다.
- 21 의 3. “실외이동로봇”이란 「지능형 로봇 개발 및 보급 촉진법」 제 2 조제 1 호에 따른 지능형 로봇 중 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.
22. “긴급자동차”란 다음 각 목의 자동차로서 그 본래의 긴급한 용도로 사용되고 있는 자동차를 말한다.
 - 가. 소방차
 - 나. 구급차
 - 다. 혈액 공급차량
 - 라. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자동차
23. “어린이통학버스”란 다음 각 목의 시설 가운데 어린이(13 세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)를 교육 대상으로 하는 시설에서 어린이의 통학 등(현장체험학습 등 비상사적으로 이루어지는 교육활동을 위한 이동을 제외한다)에 이용되는 자동차와 「여객자동차 운수사업법」 제 4 조제 3 항에 따른 여객자동차운송사업의 한정면허를 받아 어린이를 여객대상으로 하여 운행되는 운송사업용 자동차를 말한다.
 - 가. 「유아교육법」에 따른 유치원 및 유아교육진흥원, 「초·중등교육법」에 따른 초등학교, 특수학교, 대안학교 및 외국인학교
 - 나. 「영유아보육법」에 따른 어린이집
 - 다. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」에 따라 설립된 학원 및 교습소
 - 라. 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」에 따라 설립된 체육시설
 - 마. 「아동복지법」에 따른 아동복지시설(아동보호전문기관은 제외한다)
 - 바. 「청소년활동 진흥법」에 따른 청소년수련시설
 - 사. 「장애인복지법」에 따른 장애인복지시설(장애인 직업재활시설은 제외한다)
 - 아. 「도서관법」에 따른 공공도서관
 - 자. 「평생교육법」에 따른 시·도평생교육진흥원 및 시·군·구평생학습관
 - 차. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 및 사회복지관

24. “주차”란 운전자가 승객을 기다리거나 화물을 싣거나 차가 고장 나거나 그 밖의 사유로 차를 계속 정지 상태에 두는 것 또는 운전자가 차에서 떠나서 즉시 그 차를 운전할 수 없는 상태에 두는 것을 말한다.
25. “정차”란 운전자가 5 분을 초과하지 아니하고 차를 정지시키는 것으로서 주차 외의 정지 상태를 말한다.
26. “운전”이란 도로(제 27 조제 6 항제 3 호·제 44 조·제 45 조·제 54 조제 1 항·제 148 조·제 148 조의 2 및 제 156 조제 10 호의 경우에는 도로 외의 곳을 포함한다)에서 차마 또는 노면전차를 그 본래의 사용방법에 따라 사용하는 것(조종 또는 자율주행시스템을 사용하는 것을 포함한다)을 말한다.
27. “초보운전자”란 처음 운전면허를 받은 날(처음 운전면허를 받은 날부터 2 년이 지나기 전에 운전면허의 취소처분을 받은 경우에는 그 후 다시 운전면허를 받은 날을 말한다)부터 2 년이 지나지 아니한 사람을 말한다. 이 경우 원동기장치자전거면허만 받은 사람이 원동기장치자전거면허 외의 운전면허를 받은 경우에는 처음 운전면허를 받은 것으로 본다.
28. “서행”(徐行)이란 운전자가 차 또는 노면전차를 즉시 정지시킬 수 있는 정도의 느린 속도로 진행하는 것을 말한다.
29. “앞지르기”란 차의 운전자가 앞서가는 다른 차의 옆을 지나서 그 차의 앞으로 나가는 것을 말한다.
30. “일시정지”란 차 또는 노면전차의 운전자가 그 차 또는 노면전차의 바퀴를 일시적으로 완전히 정지시키는 것을 말한다.
31. “보행자전용도로”란 보행자만 다닐 수 있도록 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로를 말한다.
- 31 의 2. “보행자우선도로”란 「보행안전 및 편의증진에 관한 법률」 제 2 조제 3 호에 따른 보행자우선도로를 말한다.
32. “자동차운전학원”이란 자동차등의 운전에 관한 지식·기능을 교육하는 시설로서 다음 각 목의 시설 외의 시설을 말한다.
 - 가. 교육 관계 법령에 따른 학교에서 소속 학생 및 교직원의 연수를 위하여 설치한 시설
 - 나. 사업장 등의 시설로서 소속 직원의 연수를 위한 시설
 - 다. 전산장치에 의한 모의운전 연습시설
 - 라. 지방자치단체 등이 신체장애인의 운전교육을 위하여 설치하는 시설 가운데 시·도경찰청장이 인정하는 시설
 - 마. 대가(代價)를 받지 아니하고 운전교육을 하는 시설
 - 바. 운전면허를 받은 사람을 대상으로 다양한 운전경험을 체험할 수 있도록 하기 위하여 도로가 아닌 장소에서 운전교육을 하는 시설
33. “모범운전자”란 제 146 조에 따라 무사고운전자 또는 유공운전자의 표시장을 받거나 2 년 이상 사업용 자동차 운전 중 종사하면서 교통사고를 일으킨 전력이 없는 사람으로서 경찰청장이 정하는 바에 따라 선발되어 교통안전 봉사활동에 종사하는 사람을 말한다.

〈신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률〉

제 32 조(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」 제 2 조제 2 호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2 조제 1 호에 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 제 1 항 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 제 2 항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제 2 항에 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(제 9 호의 3 을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제 1 항부터 제 5 항까지를 적용하지 아니한다.

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우

2. 제 17 조제 2 항에 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 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36 시간 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. 제2 조제1 호의 4 나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업 신용등급제공업·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
 - 9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계 작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
 - 9의3. 제 17 조의 2 제 1 항에 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. 신용정보회사 등이 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. 제 1 호부터 제 10 호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ⑦ 제 6 항 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 제 6 항제 3 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.
- ⑨ 제 8 항에 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 제 1 항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제 33 조(개인신용정보의 이용)

- ① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.
 1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
 2. 제 1 호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
 3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
 4. 제 32 조제 6 항 각 호의 경우
 5. 그 밖에 제 1 호부터 제 4 호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제 3 자에게 제공하려면 미리 제 32 조제 1 항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제 35 조(신용정보 이용 및 제공사실의 조회)

- ① 신용정보회사등은 개인신용정보를 이용하거나 제공한 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 구분에 따른 사항을 신용정보주체가 조회할 수 있도록 하여야 한다. 다만, 내부 경영관리의 목적으로 이용하거나 반복적인 업무위탁을 위하여 제공하는 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 개인신용정보를 이용한 경우: 이용 주체, 이용 목적, 이용 날짜, 이용한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
 2. 개인신용정보를 제공한 경우: 제공 주체, 제공받은 자, 제공 목적, 제공한 날짜, 제공한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
- ② 신용정보회사등은 제 1 항에 따라 조회를 한 신용정보주체의 요청이 있는 경우 개인신용정보를 이용하거나 제공하는 때에 제 1 항 각 호의 구분에 따른 사항을 대통령령으로 정하는 바에 따라 신용정보주체에게 통지하여야 한다.

③ 신용정보회사등은 신용정보주체에게 제 2 항에 따른 통지를 요청할 수 있음을 알려주어야 한다.

제 36 조(상거래 거절 근거 신용정보의 고지 등)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관으로부터 제공받은 개인신용정보로서 대통령령으로 정하는 정보에 근거하여 상대방과의 상거래관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 해당 신용정보주체의 요구가 있으면 그 거절 또는 중지의 근거가 된 정보 등 대통령령으로 정하는 사항을 본인에게 고지하여야 한다.

② 신용정보주체는 제 1 항에 따라 고지받은 본인정보의 내용에 이의가 있으면 제 1 항에 따른 고지를 받은 날부터 60 일 이내에 해당 신용정보를 수집·제공한 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관에게 그 신용정보의 정확성을 확인하도록 요청할 수 있다.

③ 제 2 항에 따른 확인절차 등에 관하여는 제 38 조를 준용한다.

제 37 조(개인신용정보 제공 동의 철회권 등)

① 개인인 신용정보주체는 제 32 조제 1 항 각 호의 방식으로 동의를 받은 신용정보제공·이용자에게 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 또는 신용정보집중기관에 제공하여 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 외의 목적으로 행한 개인신용정보 제공 동의를 대통령령으로 정하는 바에 따라 철회할 수 있다. 다만, 동의를 받은 신용정보제공·이용자 외의 신용정보제공·이용자에게 해당 개인신용정보를 제공하지 아니하면 해당 신용정보주체와 약정한 용역의 제공을 하지 못하게 되는 등 계약 이행이 어려워지거나 제 33 조제 1 항제 1 호에 따른 목적을 달성할 수 없는 경우에는 고객이 동의를 철회하려면 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 한다.

② 개인인 신용정보주체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 신용정보제공·이용자에 대하여 상품이나 용역을 소개하거나 구매를 권유할 목적으로 본인에게 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있다.

③ 신용정보제공·이용자는 서면, 전자문서 또는 구두에 의한 방법으로 제 1 항 및 제 2 항에 따른 권리의 내용, 행사방법 등을 거래 상대방인 개인에게 고지하고, 거래 상대방이 제 1 항 및 제 2 항의 요구를 하면 즉시 이에 따라야 한다. 이 때 구두에 의한 방법으로 이를 고지한 경우 대통령령으로 정하는 바에 따른 추가적인 사후 고지절차를 거쳐야 한다.

④ 신용정보제공·이용자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 제 3 항에 따른 의무를 이행하기 위한 절차를 갖추어야 한다.

⑤ 신용정보제공·이용자는 제 2 항에 따른 청구에 따라 발생하는 전화요금 등 금전적 비용을 개인인 신용정보주체가 부담하지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 조치를 하여야 한다.

제 39 조(무료 열람권)

개인인 신용정보주체는 1 년 이내로서 대통령령으로 정하는 일정한 기간마다 개인신용평가회사(대통령령으로 정하는 개인신용평가회사는 제외한다)에 대하여 다음 각 호의 신용정보를 1 회 이상 무료로 교부받거나 열람할 수 있다.

1. 개인신용평점
2. 개인신용평점의 산출에 이용된 개인신용정보
3. 그 밖에 제 1 호 및 제 2 호에서 정한 정보와 유사한 정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보

〈신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령〉

제 28 조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 삭제

② 신용정보제공·이용자는 법 제 32 조제 1 항 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 제 32 조제 1 항제 4 호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1 개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제 2 항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.

④ 법 제 32 조제 1 항제 5 호에서 “대통령령으로 정하는 방식”이란 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동意的의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다.

⑤ 제 4 항의 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의 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 제 32 조제 2 항에 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 제 32 조제 3 항에 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 제 32 조제 4 항 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 제 3 자가 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 제 32 조제 4 항 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 제 32 조제 6 항제 4 호에서 “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 제 2 조제 9 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적

5. 제 21 조제 2 항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
6. 「민법」 제 450 조에 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 제 32 조제 1 항 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 제 32 조제 6 항제 11 호에서 “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」 제 719 조에 따른 책임보험계약의 제 3 자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
 3. 「상법」 제 726 조의 2 에 따른 자동차보험계약의 제 3 자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
- ⑫ 신용정보회사등이 법 제 32 조제 7 항 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 2 의 2 와 같다.
- ⑬ 법 제 32 조제 8 항에서 “대통령령으로 정하는 자”란 제 2 조제 6 항제 7 호가목부터 허목까지의 자를 말한다.
- ⑭ 법 제 32 조제 8 항에서 “제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항”이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.

〈개인정보 보호법〉

제 15 조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다. <개정 2023. 3. 14.>

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
5. 명백히 정보주체 또는 제 3 자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

제 17 조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제 3 자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제 15 조제 1 항제 2 호, 제 3 호 및 제 5 호부터 제 7 호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생 하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제 22 조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제 22 조의 2 제 1 항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.

1. 제 15 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
2. 제 17 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
3. 제 18 조제 2 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
4. 제 19 조제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
5. 제 23 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
6. 제 24 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제 1 항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2 조제 1 호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제 30 조제 2 항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

- ④ 삭제
- ⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제 1 항 제 3 호 및 제 7 호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 삭제
- ⑦ 제 1 항부터 제 5 항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제 23 조(민감정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “민감정보”라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 - 1. 정보주체에게 제 15 조제 2 항 각 호 또는 제 17 조제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 - 2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제 29 조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

제 24 조(고유식별정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “고유식별정보”라 한다)를 처리할 수 없다.
 - 1. 정보주체에게 제 15 조제 2 항 각 호 또는 제 17 조제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 - 2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 삭제
- ③ 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제 3 항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.
- ⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제 4 항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다

제 24 조의 2(주민등록번호 처리의 제한)

- ① 제 24 조 제 1 항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다
 1. 법률·대통령령·국회규칙·대법원규칙·헌법재판소규칙·중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우
 2. 정보주체 또는 제 3 자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우
 3. 제 1 호 및 제 2 호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 보호위원회가 고시로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제 24 조제 3 항에도 불구하고 주민등록번호가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.
- ③ 개인정보처리자는 제 1 항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 개인정보처리자가 제 3 항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련·지원할 수 있다

〈신문 등의 진흥에 관한 법률〉

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “신문”이란 정치·경제·사회·문화·산업·과학·종교·교육·체육 등 전체 분야 또는 특정 분야에 관한 보도·논평·여론 및 정보 등을 전파하기 위하여 같은 명칭으로 월 2 회 이상 발행하는 간행물로서 다음 각 목의 것을 말한다.
 - 가. 일반일간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
 - 나. 특수일간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치는 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
 - 다. 일반주간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1 회 발행하는 간행물(주 2 회 또는 월 2 회 이상 발행하는 것을 포함한다)
 - 라. 특수주간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치는 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1 회 발행하는 간행물(주 2 회 또는 월 2 회 이상 발행하는 것을 포함한다)
2. “인터넷신문”이란 컴퓨터 등 정보처리능력을 가진 장치와 통신망을 이용하여 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론·정보 등을 전파하기 위하여 간행하는 전자간행물로서 독자적 기사 생산과 지속적인 발행 등 대통령령으로 정하는 기준을 충족하는 것을 말한다.
3. “신문사업자”란 신문을 발행하는 자를 말한다.
4. “인터넷신문사업자”란 인터넷신문을 전자적으로 발행하는 자를 말한다.
5. “인터넷뉴스서비스”란 신문, 인터넷신문, 「뉴스통신진흥에 관한 법률」에 따른 뉴스통신, 「방송법」에 따른 방송 및 「잡지 등 정기간행물의 진흥에 관한 법률」에 따른 잡지 등의 기사를 인터넷을 통하여 계속적으로 제공하거나 매개하는 전자간행물을 말한다. 다만, 제 2 호의 인터넷신문 및 「인터넷 멀티미디어 방송사업법」 제 2 조제 1 호에 따른 인터넷 멀티미디어 방송, 그 밖에 대통령령으로 정하는 것은 제외한다.
6. “인터넷뉴스서비스사업자”란 제 5 호에 따른 전자간행물을 경영하는 자를 말한다.
7. “발행인”이란 신문을 발행하거나 인터넷신문을 전자적으로 발행하는 대표자를 말한다.
8. “편집인”이란 신문의 편집 또는 인터넷신문의 공표에 관하여 책임을 지는 사람을 말한다.
9. “기사배열책임자”란 인터넷뉴스서비스의 기사배열에 관하여 책임을 지는 사람을 말한다.
10. “인쇄인”이란 신문사업자가 선임한 자 또는 신문사업자와 인쇄계약을 체결한 자로서 그 신문의 인쇄에 관하여 책임을 지는 자를 말한다.
11. “지사” 또는 “지국”이란 기사취재 등을 목적으로 신문의 발행소 소재지 외의 지역에 설치된 사무소를 말한다.

12. “독자”란 신문을 유상 또는 무상으로 공급받는 자와 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 유상 또는 무상으로 이용하는 자를 말한다.

제 9 조(등록)

① 신문을 발행하거나 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 전자적으로 발행하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 주사무소 소재지를 관할하는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사 또는 특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다)에게 등록하여야 한다. 등록된 사항이 변경된 때에도 또한 같다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 발행 또는 관리하거나 법인이나 그 밖의 단체 또는 기관이 그 소속원에게 보급할 목적으로 발행하는 경우와 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 신문 및 인터넷신문의 명칭(신문 및 인터넷신문에 한정한다)
 2. 인터넷뉴스서비스의 상호 및 명칭(인터넷뉴스서비스에 한정한다)
 3. 종별 및 간별(신문에 한정한다)
 4. 신문사업자와 신문의 발행인·편집인(외국신문의 내용을 변경하지 아니하고 국내에서 그대로 인쇄·배포하는 경우는 제외한다. 이하 같다) 및 인쇄인의 성명·생년월일·주소(신문사업자 또는 인쇄인이 법인이나 단체인 경우에는 그 명칭, 주사무소의 소재지와 그 대표자의 성명·생년월일·주소)
 5. 인터넷신문사업자와 인터넷신문의 발행인 및 편집인의 성명·생년월일·주소(인터넷신문사업자가 법인이나 단체인 경우에는 그 명칭, 주사무소의 소재지와 그 대표자의 성명·생년월일·주소)
 6. 인터넷뉴스서비스사업자와 기사배열책임자의 성명·생년월일·주소(인터넷뉴스서비스사업자가 법인이나 단체인 경우에는 그 명칭, 주사무소의 소재지와 그 대표자의 성명·생년월일·주소)
 7. 발행소의 소재지
 8. 발행목적과 발행내용
 9. 주된 보급대상 및 보급지역(신문에 한정한다)
 10. 발행 구분(무가 또는 유가)
 11. 인터넷 홈페이지 주소 등 전자적 발행에 관한 사항
- ② 제 1 항에 따라 등록을 하려는 자(인터넷뉴스서비스사업자는 제외한다)가 법인 또는 단체인 경우 대표이사 또는 대표자를 발행인으로 하여야 한다. 다만, 대표이사 또는 대표자를 발행인으로 할 수 없는 정당한 사유가 있는 경우에는 이사회 의결을 거쳐 다른 이사나 임원을 발행인으로 할 수 있다.
- ③ 제 1 항에 따라 신문을 등록하려는 자는 등록사항 중 간별을 다음 각 호의 구분에 따라 명시하여야 한다.
1. 일간(격일 또는 주 3 회 이상 발행하는 것을 포함한다)
 2. 주간(주 2 회 또는 월 2 회 이상 발행하는 것을 포함한다)

- ④ 제 1 항에 따라 신문·인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 등록한 때에는 시·도지사는 지체 없이 등록증을 내주어야 한다.
- ⑤ 이미 등록된 신문·인터넷신문·인터넷뉴스서비스, 「잡지 등 정기간행물의 진흥에 관한 법률」에 따라 등록 또는 신고된 정기간행물 또는 「뉴스통신진흥에 관한 법률」에 따라 등록된 뉴스통신의 명칭과 같은 명칭의 신문·인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스는 등록할 수 없다. 다만, 해당 사업자가 명칭 사용을 허용하는 경우에는 그러하지 아니하다.

〈자본시장과 금융투자업에 관한 법률〉

제 88 조(자산운용보고서의 교부)

- ① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자자산을 보관·관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3개월마다 1회 이상 해당 집합투자기구의 투자자에게 교부하여야 한다. 다만, 투자자가 수시로 변동되는 등 투자자의 이익을 해할 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 자산운용보고서를 투자자에게 교부하지 아니할 수 있다.
- ② 집합투자업자는 제 1 항에 따른 자산운용보고서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.
 1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날(이하 이 조에서 "기준일"이라 한다) 현재의 해당 집합투자기구의 자산·부채 및 집합투자증권의 기준가격
 - 가. 회계기간의 개시일부터 3개월이 종료되는 날
 - 나. 회계기간의 말일
 - 다. 계약기간의 종료일 또는 존속기간의 만료일
 - 라. 해지일 또는 해산일
 2. 직전의 기준일(직전의 기준일이 없는 경우에는 해당 집합투자기구의 최초 설정일 또는 성립일을 말한다)부터 해당 기준일까지의 기간(이하 이 조에서 "해당 운용기간"이라 한다) 중 운용경과의 개요 및 해당 운용기간 중의 손익 사항
 3. 기준일 현재 집합투자재산에 속하는 자산의 종류별 평가액과 집합투자재산 총액에 대한 각각의 비율
 4. 해당 운용기간 중 매매한 주식의 총수, 매매금액 및 대통령령으로 정하는 매매회전율
 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
- ③ 제 1 항에 따른 자산운용보고서의 교부시기 및 방법, 비용부담 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 188 조(신탁계약의 체결 등)

- ① 투자신탁을 설정하고자 하는 집합투자업자는 다음 각 호의 사항이 기재된 신탁계약서에 의하여 신탁업자와 신탁계약을 체결하여야 한다.
 1. 집합투자업자 및 신탁업자의 상호
 2. 신탁원본의 가액 및 제189조제1항 및 제3항에 따라 발행하는 투자신탁의 수익권(이하 "수익증권"이라 한다)의 총좌수에 관한 사항
 3. 투자신탁재산의 운용 및 관리에 관한 사항
 4. 이익분배 및 환매에 관한 사항
 5. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 계산방법과 지급시기·방법에 관한 사항. 다만, 집합투자업자가 기준가격 산정업무를 위탁하는 경우에는 그 수수료는 해당 투자신탁재산에서 부담한다는 내용을 포함하여야 한다.
 6. 수익자총회에 관한 사항
 7. 공시 및 보고서에 관한 사항
 8. 그 밖에 수익자 보호를 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

- ② 투자신탁을 설정한 집합투자업자는 신탁계약을 변경하고자 하는 경우에는 신탁업자와 변경계약을 체결하여야 한다. 이 경우 신탁계약 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 변경하는 경우에는 미리 제 190 조제 5 항 본문에 따른 수익자총회의 결의를 거쳐야 한다.
1. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 인상
 2. 신탁업자의 변경(합병·분할·분할합병, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 변경되는 경우를 제외한다)
 3. 신탁계약기간의 변경(투자신탁을 설정할 당시에 그 기간변경이 신탁계약서에 명시되어 있는 경우는 제외한다)
 4. 그 밖에 수익자의 이익과 관련된 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
- ③ 투자신탁을 설정한 집합투자업자는 제 2 항에 따라 신탁계약을 변경한 경우에는 인터넷 홈페이지 등을 이용하여 공시하여야 하며, 제 2 항 후단에 따라 신탁계약을 변경한 경우에는 공시 외에 이를 수익자에게 통지하여야 한다.
- ④ 집합투자업자는 제 1 항에 따라 투자신탁을 설정하는 경우(그 투자신탁을 추가로 설정하는 경우를 포함한다) 신탁업자에게 해당 신탁계약에서 정한 신탁원본 전액을 금전으로 납입하여야 한다.

〈자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령〉

제 93 조(수시공시의 방법 등)

- ① 법 제 89 조제 1 항제 1 호에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자가 공시하여야 하는 투자운용인력의 운용경력은 투자운용인력을 변경한 날부터 최근 3 년 이내의 운용경력으로 한다.
- ② 법 제 89 조제 1 항제 3 호에서 "대통령령으로 정하는 부실자산"이란 발행인의 부도, 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차개시의 신청 등의 사유로 인하여 금융위원회가 부실자산으로 정하여 고시하는 자산을 말한다.
- ③ 법 제 89 조제 1 항제 5 호에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 말한다.
 1. 투자설명서의 변경. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우는 제외한다.
 - 가. 법 및 이 영의 개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
 - 나. 집합투자계약의 변경에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
 - 다. 투자설명서의 단순한 자구수정 등 경미한 사항을 변경하는 경우
 - 라. 투자운용인력의 변경이 있는 경우로서 법 제 123 조제 3 항제 2 호에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
 2. 집합투자업자의 합병, 분할, 분할합병 또는 영업의 양도·양수
 3. 집합투자업자 또는 일반사무관리회사가 기준가격을 잘못 산정하여 이를 변경하는 경우에는 그 내용(제262조제1항 후단에 따라 공고·게시하는 경우에 한한다)
 4. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구(존속하는 동안 투자금을 추가로 모집할 수 있는 집합투자기구로 한정한다. 이하 이 항에서 같다)로서 설정 및 설립 이후 1년(제81조제3항제1호의 집합투자기구의 경우에는 설정 및 설립 이후 2년)이 되는 날에 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실
 5. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구가 설정 및 설립되고 1년(제81조제3항제1호의 집합투자기구의 경우에는 설정 및 설립 이후 2년)이 지난 후 1개월간 계속하여 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실
 6. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구(부동산·특별자산투자재간접집합투자기구를 포함한다)인 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사항
 - 가. 제 242 조제 2 항 각 호 외의 부분 단서에 따른 시장성 없는 자산의 취득 또는 처분
 - 나. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구의 집합투자증권의 취득 또는 처분. 다만, 이미 취득한 것과 같은 집합투자증권을 추가로 취득하거나 일부를 처분하는 경우는 제외한다.
 - 다 지상권·지역권 등 부동산 관련 권리 및 사업수익권·시설관리운영권 등 특별자산 관련 중요한 권리의 발생·변경
 - 라. 금전의 차입 또는 금전의 대여
 7. 그 밖에 투자자의 투자판단에 중대한 영향을 미치는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

④ 제 1 항부터 제 3 항까지의 규정에 따른 공시와 관련하여 그 서식과 작성방법, 기재사항 등에 관한 구체적인 기준은 금융위원회가 정하여 고시한다.

제 265 조(회계감사인의 선임 등)

① 법 제 240 조제 4 항에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등(투자회사는 제외한다)이 집합투자기구의 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 그 집합투자기구의 집합투자자산을 운용하는 집합투자업자의 감사의 동의(감사위원회가 설치된 경우에는 감사위원회의 의결을 말한다)를 받아야 하며, 투자회사가 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 감독이사의 동의를 받아야 한다.

② 집합투자자산에 대한 회계감사기준은 금융위원회가 증권선물위원회의 심의를 거쳐 정하여 고시한다.

③ 집합투자자산에 대한 회계감사와 관련하여 회계감사인의 권한은 법 및 「주식회사 등의 외부감사에 관한 법률」 제 21 조에서 정하는 바에 따른다.

④ 회계감사인은 집합투자자산에 대한 회계감사를 마친 때에는 다음 각 호의 사항이 기재된 회계감사보고서를 작성하여 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등에게 이를 지체 없이 제출하여야 한다.

1. 집합투자자산의 재무상태표
2. 집합투자자산의 손익계산서
3. 집합투자자산의 기준가격계산서
4. 집합투자업자 및 그 이해관계인(법 제84조제1항에 따른 이해관계인을 말한다)과의 거래내역

⑤ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 회계감사인으로부터 회계감사보고서를 제출받은 경우에는 금융위원회, 협회, 그 집합투자증권을 판매하는 투자매매업자·투자중개업자 및 그 집합투자자산을 보관·관리하는 신탁업자에게 이를 지체 없이 제출하여야 한다.

⑥ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따라 해당 투자자가 회계감사보고서를 열람할 수 있도록 하여야 한다.

⑦ 회계감사에 따른 비용은 그 회계감사의 대상인 집합투자기구가 부담한다.

〈형 법〉

제 24 장 살인의 죄

제 250 조(살인, 존속살해)

- ① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제 251 조 삭제

제 252 조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등)

- ① 사람의 촉탁이나 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제 1항의 형에 처한다.

제 253 조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)

전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제 250조의 예에 의한다.

제 254 조(미수범)

제 250조, 제 252조 및 제 253조의 미수범은 처벌한다.

제 255 조(예비, 음모)

제 250조와 제 253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제 256 조(자격정지의 병과)

제 250조, 제 252조 또는 제 253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제 25 장 상해와 폭행의 죄

제 257 조(상해, 존속상해)

- ① 사람의 신체를 상해한 자는 7 년 이하의 징역, 10 년 이하의 자격정지 또는 1 천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 10 년 이하의 징역 또는 1 천 500 만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 전 2 항의 미수범은 처벌한다.

제 258 조(중상해, 존속중상해)

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
- ③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전 2 항의 죄를 범한 때에는 2 년 이상 15 년 이하의 징역에 처한다.

제 259 조(상해치사)

- ① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.

제 260 조(폭행, 존속폭행)

- ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2 년 이하의 징역, 500 만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 5 년 이하의 징역 또는 700 만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제 261 조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제 260 조제 1 항 또는 제 2 항의 죄를 범한 때에는 5 년 이하의 징역 또는 1 천만원 이하의 벌금에 처한다.

제 262 조(폭행치사상)

제 260 조와 제 261 조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제 257 조부터 제 259 조까지의 예에 따른다.

제 263 조(동시범)

독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제 264 조(상습범)

상습으로 제 257 조, 제 258 조, 제 258 조의 2, 제 260 조 또는 제 261 조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1 까지 가중한다.

제 265 조(자격정지의 병과)

제 257 조제 2 항, 제 258 조, 제 258 조의 2, 제 260 조제 2 항, 제 261 조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제 31 장 약취, 유인 및 인신매매의 죄

제 287 조(미성년자의 약취, 유인)

미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

제 288 조(추행 등 목적 약취, 유인 등)

- ① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제 2항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 289 조(인신매매)

- ① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.

- ② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제 3항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 290 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상)

- ① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3년 이상 25년 이하의 징역에 처한다.
- ② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

제 291 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인·치사)

- ① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
- ② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제 292 조(약취, 유인, 매매, 이송된 사람의 수수·은닉 등)

- ① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄로 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 수수(授受) 또는 은닉한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범할 목적으로 사람을 모집, 운송, 전달한 사람도 제 1항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 294 조(미수범)

제 287 조부터 제 289 조까지, 제 290 조제 1 항, 제 291 조제 1 항과 제 292 조제 1 항의 미수범은 처벌한다.

제 295 조(벌금의 병과)

제 288 조부터 제 291 조까지, 제 292 조제 1 항의 죄와 그 미수범에 대하여는 5천만원 이하의 벌금을 병과할 수 있다.

제 295 조의 2(형의 감경)

제 287 조부터 제 290 조까지, 제 292 조와 제 294 조의 죄를 범한 사람이 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 안전한 장소로 풀어준 때에는 그 형을 감경할 수 있다.

제 296 조(예비, 음모)

제 287 조부터 제 289 조까지, 제 290 조제 1 항, 제 291 조제 1 항과 제 292 조제 1 항의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.

제 296 조의 2(세계주의)

제 287 조부터 제 292 조까지 및 제 294 조는 대한민국 영역 밖에서 죄를 범한 외국인에게도 적용한다.

제 32 장 강간과 추행의 죄

제 297 조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제 297 조의 2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

제 298 조(강제추행)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천 500만원 이하의 벌금에 처한다.

제 299 조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제 297 조, 제 297 조의 2 및 제 298 조의 예에 의한다.

제 300 조(미수범)

제 297 조, 제 297 조의 2, 제 298 조 및 제 299 조의 미수범은 처벌한다.

제 301 조(강간 등 상해·치상)

제 297 조, 제 297 조의 2 및 제 298 조부터 제 300 조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제 301 조의 2(강간등 살인·치사)

제 297 조, 제 297 조의 2 및 제 298 조부터 제 300 조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제 302 조(미성년자 등에 대한 간음)

미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제 303 조(업무상위력 등에 의한 간음)

- ① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제 305 조(미성년자에 대한 간음, 추행)

- ① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제 297 조, 제 297 조의 2, 제 298 조, 제 301 조 또는 제 301 조의 2 의 예에 의한다
- ② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제 297 조, 제 297 조의 2, 제 298 조, 제 301 조 또는 제 301 조의 2 의 예에 의한다

제 305 조의 2(상습범)

상습으로 제 297 조, 제 297 조의 2, 제 298 조부터 제 300 조까지, 제 302 조, 제 303 조 또는 제 305 조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1 까지 가중한다.

제 305 조의 3(예비, 음모)

제 297 조, 제 297 조의 2, 제 299 조(준강간죄에 한정한다), 제 301 조(강간 등 상해죄에 한정한다) 및 제 305 조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.

제 38 장 절도와 강도의 죄

제 329 조(절도)

타인의 재물을 절취한 자는 6년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제 330 조(야간주거침입절도)

야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박, 항공기 또는 점유하는 방실(房室)에 침입하여 타인의 재물을 절취(竊取)한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제 331 조(특수절도)

- ① 야간에 문이나 담 그 밖의 건조물의 일부를 손괴하고 제 330 조의 장소에 침입하여 타인의 재물을 절취한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 흥기를 휴대하거나 2명 이상이 합동하여 타인의 재물을 절취한 자도 제 1항의 형에 처한다.

제 331 조의 2(자동차등 불법사용)

권리자의 동의없이 타인의 자동차, 선박, 항공기 또는 원동기장치자전거를 일시 사용한 자는 3년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.

제 332 조(상습범)

상습으로 제 329 조 내지 제 331 조의 2 의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1 까지 가중한다.

제 333 조(강도)

폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제 334 조(특수강도)

- ① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제 333 조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
- ② 흉기를 휴대하거나 2인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제 335 조(준강도)

절도가 재물의 탈환에 항거하거나 체포를 면탈하거나 범죄의 흔적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박한 때에는 제 333 조 및 제 334 조의 예에 따른다.

제 336 조(인질강도)

사람을 체포·감금·약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제 3자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제 337 조(강도상해, 치상)

강도가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제 338 조(강도살인·치사)

강도가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제 339 조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제 340 조(해상강도)

- ① 다중의 위력으로 해상에서 선박을 강취하거나 선박내에 침입하여 타인의 재물을 강취한 자는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
- ② 제 1 항의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
- ③ 제 1 항의 죄를 범한 자가 사람을 살해 또는 사망에 이르게 하거나 강간한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다.

제 341 조(상습범)

상습으로 제 333 조, 제 334 조, 제 336 조 또는 전조제 1 항의 죄를 범한 자는 무기 또는 10 년 이상의 징역에 처한다.

제 342 조(미수범)

제 329 조 내지 제 341 조의 미수범은 처벌한다.

제 343 조(예비, 음모)

강도할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 7 년 이하의 징역에 처한다.

제 344 조(친족간의 범행)

제 328 조의 규정은 제 329 조 내지 제 332 조의 죄 또는 미수범에 준용한다.

제 345 조(자격정지의 병과)

본장의 죄를 범하여 유기징역에 처할 경우에는 10 년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제 346 조(동력)

본장의 죄에 있어서 관리할 수 있는 동력은 재물로 간주한다.

〈폭력행위 등 처벌에 관한 법률〉

제 4 조(단체 등의 구성·활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.

1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제 1 항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1 까지 가중한다.

1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄

가. 「형법」 제 8 장 공무방해에 관한 죄 중 제 136 조(공무집행방해), 제 141 조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄

나. 「형법」 제 24 장 살인의 죄 중 제 250 조제 1 항(살인), 제 252 조(축탁, 승낙에 의한 살인 등), 제 253 조(위계 등에 의한 축탁살인 등), 제 255 조(예비, 음모)의 죄

다. 「형법」 제 34 장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제 314 조(업무방해), 제 315 조(경매, 입찰의 방해)의 죄

라. 「형법」 제 38 장 절도와 강도의 죄 중 제 333 조(강도), 제 334 조(특수강도), 제 335 조(준강도), 제 336 조(인질강도), 제 337 조(강도상해, 치상), 제 339 조(강도강간), 제 340 조제 1 항(해상강도)·제 2 항(해상강도상해 또는 치상), 제 341 조(상습범), 제 343 조(예비, 음모)의 죄

2. 제 2 조 또는 제 3 조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제 1 항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제 1 항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

〈상 법〉

제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1 월내에, 계약을 체결한 날로부터 3 년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

〈상법 시행령〉

제 44 조의 2(타인의 생명보험)

법 제 731 조제 1 항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제 731 조제 1 항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

〈초·중등교육법〉

제 2 조(학교의 종류)

초·중등교육을 실시하기 위하여 다음 각 호의 학교를 둔다.

1. 초등학교
2. 중학교·고등공민학교
3. 고등학교·고등기술학교
4. 특수학교
5. 각종학교

〈지역보건법〉

제 10 조(보건소의 설치)

- ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.
- ② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제 12 조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제 13 조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

〈국민건강보험법〉

제 5 조(적용 대상 등)

- ① 국내에 거주하는 국민은 건강보험의 가입자(이하 “가입자”라 한다) 또는 피부양자가 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 제외한다.
1. 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람(이하 “수급권자”라 한다)
 2. 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료 보호를 받는 사람(이하 “유공자등 의료보호대상자”라 한다). 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람은 가입자 또는 피부양자가 된다.
 - 가. 유공자등 의료보호대상자 중 건강보험의 적용을 보험자에게 신청한 사람
 - 나. 건강보험을 적용받고 있던 사람이 유공자등 의료보호대상자로 되었으나 건강보험의 적용배제신청을 보험자에게 하지 아니한 사람
- ② 제 1 항의 피부양자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 사람으로서 소득 및 재산이 보건복지부령으로 정하는 기준 이하에 해당하는 사람을 말한다.
1. 직장가입자의 배우자
 2. 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속을 포함한다)
 3. 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속을 포함한다)과 그 배우자
 4. 직장가입자의 형제·자매
- ③ 제 2 항에 따른 피부양자 자격의 인정 기준, 취득·상실시기 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제 40 조(「민법」의 준용)

공단에 관하여 이 법과 「공공기관의 운영에 관한 법률」에서 정한 사항 외에는 「민법」 중 재단법인에 관한 규정을 준용한다.

제 41 조(요양급여)

- ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.
1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송(移送)

② 제 1 항에 따른 요양급여(이하 “요양급여”라 한다)의 범위(이하 “요양급여대상”이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제 1 항 각 호의 요양급여(제 1 항제 2 호의 약제는 제외한다): 제 4 항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제 1 항제 2 호의 약제: 제 41 조의 3 에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제 3 항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)으로 정할 수 있다.

제 42 조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제 91 조에 따라 설립된 한국회귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

1. 제 2 항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제 2 항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제 2 항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원에 대하여는 제 41 조제 3 항에 따른 요양급여의 절차 및 제 45 조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.

⑤ 제 1 항·제 2 항 및 제 4 항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제 53 조(급여의 제한)

① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.

1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우

2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
 3. 고의 또는 중대한 과실로 제 55 조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
 4. 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우
- ② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.
- ③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득·재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 제 69 조제 4 항제 2 호에 따른 소득월액보험료
 2. 제 69 조제 5 항에 따른 세대단위의 보험료
- ④ 공단은 제 77 조제 1 항제 1 호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가 제 69 조제 4 항제 1 호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그 체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 제 3 항의 규정을 적용한다. 이 경우 해당 직장가입자의 피부양자에게도 제 3 항의 규정을 적용한다.
- ⑤ 제 3 항 및 제 4 항에도 불구하고 제 82 조에 따라 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1 회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있다. 다만, 제 82 조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5 회(같은 조 제 1 항에 따라 승인받은 분할납부 횟수가 5 회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말한다. 이하 이 조에서 같다) 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ⑥ 제 3 항 및 제 4 항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항에서 “급여제한기간”이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다.
1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2 개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우
 2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2 개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 제 82 조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1 회 이상 낸 경우. 다만, 제 82 조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5 회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제 54 조(급여의 정지)

보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제 3 호 및 제 4 호의 경우에는 제 60 조에 따른 요양급여를 실시한다.

1. 삭제

2. 국외에 체류하는 경우
3. 제 6 조제 2 항제 2 호에 해당하게 된 경우
4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

〈국민건강보험법 시행령〉

[별표 3] 본인부담상한액의 산정방법(제 19 조제 4 항 관련)

- 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 “상한액기준보험료”라 한다)을 구간으로 구분하여 다음 각 목의 구분에 따른 금액으로 한다.

가. 2023년 본인부담상한액: 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120일 초과 입원	그 밖의 경우
지역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1구간	134만원	87만원
	2구간	168만원	108만원
	3구간	227만원	162만원
	4구간	375만원	303만원
	5구간	538만원	414만원
	6구간	646만원	497만원
	7구간	1,014만원	780만원

비고: 위 표에서 “120일 초과 입원”이란 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120일을 초과하는 경우를 말한다.

나. 2024년 이후 본인부담상한액: 다음 계산식에 따른 금액

$$\text{해당 연도 본인부담상한액} = \text{전년도 본인부담상한액} \times (1 + \text{전국소비자물가변동률})$$

비고

- 위 계산식에서 “본인부담상한액”이란 상한액기준보험료 구간별 금액을 말한다.
 - 위 계산식에서 “전국소비자물가변동률”이란 「통계법」에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 말하며, 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5로 한다.
 - 위 계산식에 따라 산정한 금액 중 1만원 미만의 금액은 버린다.
- 제1호의 상한액기준보험료 구간은 다음 표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
직장가입자 및 피부양자	1구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상

구분	상한액기준보험료 구간	
		당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
6구간		상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
7구간		상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

비고: 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액 하한 금액 이하인 지역가입자는 위 표에도 불구하고 1구간에 해당하는 것으로 본다.

〈국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙〉

제 9 조(비급여대상)

- ①법 제 41 조제 4 항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별 표 2 와 같다.
- ②삭제

[별표 2]

비급여대상(제 9 조제 1 항관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화 현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
 - 라. 단순 코골음
 - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
(이하 생략)

〈농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법〉

제 15 조(보건진료소의 설치·운영)

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
- ② 보건진료소에 보건진료소장 1 명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
- ③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

〈응급의료에 관한 법률〉

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급医료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운전자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제 26 조(권역응급의료센터의 지정)

① 보건복지부장관은 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 또는 같은 법 제 3 조의 3 에 따른 300 병상을 초과하는 종합병원 중에서 권역응급의료센터를 지정할 수 있다.

1. 중증응급환자 중심의 진료
2. 재난 대비 및 대응 등을 위한 거점병원으로서 보건복지부령으로 정하는 업무
3. 권역(圈域) 내에 있는 응급의료종사자에 대한 교육·훈련
4. 권역 내 다른 의료기관에서 제11조에 따라 이송되는 중증응급환자에 대한 수용
5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 권역 내 응급의료 관련 업무

② 권역응급의료센터의 지정 기준·방법·절차 및 업무와 중증응급환자의 기준 등은 권역 내 응급의료 수요와 공급 등을 고려하여 보건복지부령으로 정한다.

제 35 조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

- ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.
- ② 시장·군수·구청장은 제 1 항에 따른 신고를 받는 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

〈의료법 시행규칙〉

제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제 36 조 제 1 호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3 과 같고, 그 시설규격은 별표 4 와 같다.

[별표 3]

의료기관의 종류별 시설기준(제 34 조 관련)

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과 의원	한의원	조산원
1. 입원실	입원환자 100 명 이상(병원·요양병원의 경우는 30 명 이상)을 수용할 수 있는 입원실		입원환자 30 명 이상을 수용할 수 있는 입원실	입원실을 두는 경우 입원환자 29 명 이하를 수용할 수 있는 입원실	의원과 같음	의원과 같음	1 (분만실 겸용)
2. 중환자실	1 (병상이 300 개 이상인 종합병원만 해당한다)						
3. 수술실	1 (외과계 진료과목이 있는 종합병원이나 병원인 경우에만 갖춘다)	1 (외과계 진료과목이 있는 경우에만 갖춘다)	1 (외과계 진료과목이 있는 경우에만 갖춘다)	1 (외과계 진료과목이 있고, 전신마취 하에 수술을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (외과계 진료과목이 있고, 전신마취 하에 수술을 하는 경우에만 갖춘다)		
4. 응급실	1 (병원·요양병원의 경우는 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정받은 경우에만 갖춘다)						
5. 임상 검사실	1 (요양병원의 경우 관련 치과 진료과목이 있는 경우에만 갖춘다)	1	1 (관련 의과 또는 치과 진료 과목이 있는 경우에만 갖춘다)				

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과 의원	한의원	조산원
6. 방사선 장치	1 (요양병원의 경우 관 련 치과 진료과목이 있는 경우에만 갖췄 다)	1	1 (관련 의과 또는 치과 진료 과목 이 있는 경 우에만 갖 췄다)				
7. 회복실	1 (수술실이 설치되어 있는 경우에만 갖췄 다)	1 (수술실이 설치되어 있는 경우 에만 갖췄 다)	1 (수술실이 설치되어 있는 경우 에만 갖췄 다)	1 (수술실이 설치되어 있는 경우 에만 갖췄 다)	1 (수술실이 설치되어 있는 경우 에만 갖췄 다)		
8. 물리 치료실	1 (종합병원에만 갖췄 다)						
9. 한방 요법실	1 (관련 한의과 진료과 목이 있는 경우에만 갖췄다)	1 (관련 한의 과 진료과 목이 있는 경우에만 갖췄다)	1				
10. 병리 해부실	1 (종합병원에만 갖췄 다)						
11. 조제실	1 (조제실을 두는 경우 에만 갖췄다)	1 (조제실을 두는 경우 에만 갖췄 다)	1 (조제실을 두는 경우 에만 갖췄 다)	1 (조제실을 두는 경우 에만 갖췄 다)	1 (조제실을 두는 경우 에만 갖췄 다)	1 (조제실을 두는 경우 에만 갖췄 다)	1 (조제실을 두는 경우 에만 갖췄 다)
11 의 2. 탕전 실	1 (관련 한의과 진료과 목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖췄 다)	1 (관련 한의 과 진료과 목을 두고 탕전을 하 는 경우에 만 갖췄다)	1 (탕전을 하 는 경우에 만 갖췄다)			1 (탕전을 하는 경우 에만 갖췄 다)	
12. 의무 기록실	1	1	1				
13. 소독시설	1	1	1	1 (외래환자 를 진료하 지 아니하 는 의원은 제외한다)	1	1	1

14. 급식시설	1 (외부 용역업체에 급식을 맡기는 경우에는 적용되지 아니한다)	1 (외부 용역업체에 급식을 맡기는 경우에는 적용되지 아니한다)	1 (외부 용역업체에 급식을 맡기는 경우에는 적용되지 아니한다)				
15. 세탁물 처리시설	1 (세탁물 전량을 위탁 처리하는 경우에는 갖추지 아니하여도 된다)	1 (세탁물 전량을 위탁 처리하는 경우에는 갖추지 아니하여도 된다)	1 (세탁물 전량을 위탁 처리하는 경우에는 갖추지 아니하여도 된다)				
16. 시체실	1 (종합병원만 갖춘다. 다만, 「장사 등에 관한 법률」 제 29 조에 따른 장례식장을 설치·운영하는 경우로서 장례식장에 시신을 안치하기 위한 시설을 둔 경우에는 갖추지 않아도 된다)						
17. 의료폐기물 처리시설	1 (의료폐기물 전량을 위탁처리하는 경우에는 해당하지 않는다)	1 (의료폐기물 전량을 위탁처리하는 경우에는 해당하지 않는다)	1 (의료폐기물 전량을 위탁처리하는 경우에는 해당하지 않는다)				
18. 자가발전 시설	1	1	1				
19. 구급자동차	1 (요양병원은 제외하며, 「응급의료에 관한 법률」 제 44 조제 2 항에 따라 구급자동차의 운용을 위탁한 경우에는 갖추지 않아도 된다)						
20. 그 밖의 시설	<p>가. 탕전실, 의무기록실, 급식시설, 세탁처리시설 및 적출물소각시설은 의료기관이 공동으로 사용할 수 있다.</p> <p>나. 요양병원은 거동이 불편한 환자가 장기간 입원하는 데에 불편함이 없도록 식당, 휴게실, 욕실, 화장실, 복도 및 계단과 엘리베이터(계단과 엘리베이터는 2 층 이상인 건물만 해당하고, 층간 경사로를 갖춘 경우에는 엘리베이터를 갖추지 아니할 수 있다)를 갖추어야 한다.</p> <p>다. 탕전실은 의료기관에서 분리하여 따로 설치할 수 있다.</p> <p>라. 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원은 해당 병원에서 사망하는 사람 등의 장사 관련 편의를 위하여 「장사 등에 관한 법률」 제 29 조에 따른 장례식장을 설치할 수 있다. 이 경우 장례식장의 운영은 법인, 단체 또는 개인 등에게 위탁할 수 있다.</p>						

[별표 4]

의료기관의 시설규격(제 34 조 관련)

1. 입원실

- 가. 입원실은 3층 이상 또는 「건축법」 제 2 조제 1 항제 5 호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, 「건축법 시행령」 제 56 조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
- 나. 입원실의 면적(벽·기둥 및 화장실의 면적을 제외한다)은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 10제곱미터 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제 119 조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 6.3제곱미터 이상으로 하여야 한다.
- 다. 삭제
- 라. 입원실에 설치하는 병상 수는 최대 4 병상(요양병원의 경우에는 6 병상)으로 한다. 이 경우 각 병상 간 이격거리는 최소 1.5미터 이상으로 한다.
- 마. 입원실에는 손씻기 시설 및 환기시설을 설치하여야 한다.
- 바. 병상이 300개 이상인 종합병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 전실(前室) 및 음압시설(陰壓施設: 방 안의 기압을 낮춰 내부 공기가 방 밖으로 나가지 못하게 만드는 설비) 등을 갖춘 1인 병실(이하 "음압격리병실"이라 한다)을 1개 이상 설치하되, 300 병상을 기준으로 100 병상 초과할 때 마다 1개의 음압격리병실을 추가로 설치하여야 한다. 다만, 제 2 호카목에 따라 중환자실에 음압격리병실을 설치한 경우에는 입원실에 설치한 것으로 본다.
- 사. 병상이 300개 이상인 요양병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 화장실 및 세면시설을 갖춘 격리병실을 1개 이상 설치하여야 한다.
- 아. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
- 자. 감염병환자등의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 감염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.

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 "신생아 중환자실"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 10 퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30 퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70 퍼센트 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.

3. 수술실

- 가. 수술실은 수술실 상호 간에 칸막이벽으로 구획되어야 하고, 각 수술실에는 하나의 수술대만 두어야 하며, 환자의 감염을 방지하기 위하여 먼지와 세균 등이 제거된 청정한 공기를 공급할 수 있는 공기정화설비를 갖추고, 내부 벽면은 불침투질로 하여야 하며, 적당한 난방, 조명, 멸균수세(滅菌水洗), 수술용 피복, 붕대재료, 기계기구, 의료가스, 소독 및 배수 등 필요한 시설을 갖추어야 하고, 바닥은 접지가 되도록 하여야 하며, 콘센트의 높이는 1미터 이상을 유지하게 하고, 호흡장치의 안전관리시설을 갖추어야 한다.
- 나. 수술실에는 기도 내 삼관유지장치, 인공호흡기, 마취환자의 호흡감시장치, 심전도 모니터 장치를 갖추어야 한다.
- 다. 수술실 내 또는 수술실에 인접한 장소에 상용전원이 정전된 경우 나목에 따른 장치를 작동할 수 있는 축전지 또는 발전기 등의 예비전원설비를 갖추어야 한다. 다만, 나목에 따른 장치에 축전지가 내장되어 있는 경우에는 예비전원설비를 갖춘 것으로 본다.

4. 응급실

외부로부터 교통이 편리한 곳에 위치하고 산실(産室)이나 수술실로부터 격리되어야 하며, 구급용 시설을 갖추어야 한다.

5. 임상검사실

임상검사실은 자체적으로 검사에 필요한 시설·장비를 갖추어야 한다.

6. 방사선 장치

- 가. 방사선 촬영투시 및 치료를 하는 데에 지장이 없는 면적이어야 하며, 방사선 위해(危害) 방호 시설(防護施設)을 갖추어야 한다.
- 나. 방사선 사진필름을 현상·건조하는 데에 지장이 없는 면적과 이에 필요한 시설을 갖춘 건조실을 갖추어야 한다.
- 다. 방사선 사진필름을 판독하는 데에 지장이 없는 면적과 이에 필요한 설비가 있는 판독실을 갖추어야 한다.

7. 회복실

수술 후 환자의 회복과 사후 처리를 하는 데에 지장이 없는 면적이어야 하며, 이에 필요한 시설을 갖추어야 한다.

8. 물리치료실

물리요법을 시술하는 데에 지장이 없는 면적과 기능회복, 재활훈련, 환자의 안전관리 등에 필요한 시설을 갖추어야 한다.

9. 한방요법실

경락자극요법시설 등 한방요법시설과 특수생약을 증기, 탕요법에 의하여 치료하는 시설을 갖추어야 한다.

10. 병리해부실

병리·병원에 관한 세포학검사·생검 및 해부를 할 수 있는 시설과 기구를 갖추어 두어야 한다.

11. 조제실

약품의 소분(小分)·혼합조제 및 생약의 보관, 혼합약제에 필요한 조제대 등 필요한 시설을 갖추어야 한다.

11 의 2. 탕전실

- 가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 충족한 것으로 본다.

- 나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.
- 다. 한약재 보관시설에는 쥐·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
- 라. 작업실에는 수도물이나 「먹는물관리법」 제 5 조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척시설 등을 갖추어야 한다.
- 마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야 하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.
- 바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.
- 사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.

12. 의무기록실

의무기록(외래·입원·응급 환자 등의 기록)을 보존기간에 따라 비치하여 기록·관리 및 보관할 수 있는 서가 등 필요한 시설을 설치하여야 한다.

13. 소독시설

증기·가스장치 및 소독약품 등의 자재와 소독용 기계기구를 갖추어 두고, 위생재료·봉대 등을 집중 공급하는 데에 적합한 시설을 갖추어야 한다.

14. 급식시설

- 가. 조리실은 식품의 운반과 배식이 편리한 곳에 위치하고, 조리, 보관, 식기 세척, 소독 등 식품을 위생적으로 처리할 수 있는 설비와 공간을 갖추어야 한다.
- 나. 식품저장실은 환기와 통풍이 잘 되는 곳에 두되, 식품과 식품재료를 위생적으로 보관할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
- 다. 급식 관련 종사자가 이용하기 편리한 준비실·탈의실 및 옷장을 갖추어야 한다.

15. 세탁물 처리시설

「의료기관세탁물관리규칙」에서 정하는 적합한 시설과 규모를 갖추어야 한다.

16. 시체실

시체의 부패 방지를 위한 냉장시설과 소독시설을 갖추어야 한다.

17. 의료폐기물 처리시설

「폐기물관리법 시행규칙」 제 14 조에 따른 시설과 규모를 갖추어야 한다.

18. 자가발전시설

공공전기시설을 사용하지 아니하더라도 해당 의료기관의 필요한 곳에 전기를 공급할 수 있는 자가발전시설을 갖추어야 한다.

19. 구급자동차

보건복지부장관이 정하는 산소통·산소호흡기와 그 밖에 필요한 장비를 갖추고 환자를 실어 나를 수 있어야 한다.

20. 그 밖의 시설

- 가. 장례식장의 바닥면적은 해당 의료기관의 연면적의 5분의 1을 초과하지 못한다.
- 나. 요양병원의 식당 등 모든 시설에는 휠체어가 이동할 수 있는 공간이 확보되어야 하며, 복도에는 병상이 이동할 수 있는 공간이 확보되어야 한다.
- 다. 별표 3 제 20 호나목에 따라 엘리베이터를 설치하여야 하는 경우에는 「승강기시설 안전관리법 시행규칙」 별표 1 에 따른 침대용 엘리베이터를 설치하여야 하며, 층간 경사로를 설치하는 경

우에는 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률 시행규칙」 별표 1에 따른 경사로 규격에 맞아야 한다.

- 라. 요양병원의 복도 등 모든 시설의 바닥은 문턱이나 높이차이가 없어야 하고, 불가피하게 문턱이나 높이차이가 있는 경우 환자가 이동하기 쉽도록 경사로를 설치하여야 하며, 복도, 계단, 화장실 대·소변기, 욕실에는 안전을 위한 손잡이를 설치하여야 한다. 다만, 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률」 제9조에 따라 요양병원에 출입구·문, 복도, 계단을 설치하는 경우에 그 시설은 같은 법에 따른 기준에도 맞아야 한다.
- 마. 요양병원의 입원실, 화장실, 욕실에는 환자가 의료인을 신속하게 호출할 수 있도록 병상, 변기, 욕조 주변에 비상연락장치를 설치하여야 한다.
- 바. 요양병원의 욕실
 - 1) 병상이 이동할 수 있는 공간 및 보조인력이 들어가 목욕을 시킬 수 있는 공간을 확보하여야 한다.
 - 2) 적정한 온도의 온수가 지속적으로 공급되어야 하고, 욕조를 설치할 경우 욕조에 환자의 전신이 잠기지 않는 깊이로 하여야 한다.
- 사. 요양병원의 외부로 통하는 출입구에 잠금장치를 갖추되, 화재 등 비상시에 자동으로 열릴 수 있도록 하여야 한다.

[별표 1 의2] 간호·간병통합서비스 제공기관의 인력, 시설, 운영 등 기준(제1 조의4제3 항 관련)

1. 인력기준: 간호·간병통합서비스 제공 병동에 다음 각 목의 구분에 따른 인력을 배치한다.
 - 가. 간호사: 다음의 구분에 따라 배치할 것
 - 1) 상급종합병원: 간호·간병통합서비스 제공 병동의 병상 7개당 간호사 1명 이상. 다만, 7개당의 병상 수를 계산한 후 남은 병상이 7개 미만인 경우에는 1명을 배치한다.
 - 2) 종합병원: 간호·간병통합서비스 제공 병동의 병상 12개당 간호사 1명 이상. 다만 12개당의 병상 수를 계산한 후 남은 병상이 12개 미만인 경우에는 1명을 배치한다.
 - 3) 병원: 간호·간병통합서비스 제공 병동의 병상 14개당 간호사 1명 이상. 다만 14개당의 병상 수를 계산한 후 남은 병상이 14개 미만인 경우에는 1명을 배치한다.
 - 나. 간호조무사: 간호·간병통합서비스 제공 병동의 병상 40개당 1명 이상. 다만 40개당의 병상 수를 계산한 후 남은 병상이 40개 미만인 경우에는 1명을 배치한다.
 - 다. 간병지원인력: 1명 이상. 다만, 2명 이상인 경우에는 진료과목 또는 업무 성격 등에 따라 병동지원인력, 재활지원인력으로 구분하여 배치할 수 있다.

2. 시설기준: 다음 각 목의 기준에 따라 설치한다.

- 가. 간호·간병통합서비스를 제공하는 병동은 다른 병동과 구별되도록 설치할 것
- 나. 간호·간병통합서비스 병동 내 시설 및 장비는 다음의 기준에 따를 것

구분	설치 기준
간호사실	◦병동의 각 층마다 1개 이상 설치할 것
입원실 및 복도	◦입원실 및 복도에는 문턱이 없을 것. 다만, 불가피한 사유로 문턱을 두는 경우에는 환자가 쉽게 이동할 수 있도록 경사로를 설치한다.
목욕실	◦목욕실에는 문턱이 없을 것. 다만, 불가피한 사유로 문턱을 두는 경우에는 환자가 쉽게 이동할 수 있도록 경사로를 설치한다. ◦목욕실 바닥은 미끄럼 방지 처리를 할 것.
화장실	◦입원실 내에 설치할 것. 다만, 부득이한 사유로 입원실 내 설치가 곤란한 경우에는 해당 병동의 각 층에 별도로 설치한다. ◦화장실 바닥은 미끄럼 방지 처리를 할 것. ◦화장실에는 문턱이 없을 것. 다만, 불가피한 사유로 문턱을 두는 경우에는 환자가 쉽게 이동할 수 있도록 경사로를 설치한다.
비상연락장치	◦병상, 목욕실, 화장실 및 휴게실 등에 각각 설치할 것
안전손잡이	◦복도, 계단, 화장실, 목욕실 및 휴게실 등에 각각 설치할 것
욕창방지용품	◦운영 병상의 100분의 5 이상(소수점 이하의 수는 올려 계산한다) 구비할 것

3. 운영기준: 다음 각 목의 기준에 따라 운영한다.

- 가. 간호·간병통합서비스 병동에 배치된 인력은 해당 서비스를 제공하는 업무에만 종사할 것
- 나. 간호·간병통합서비스 제공 병동의 운영기준을 작성·비치할 것
- 다. 안전사고 관리지침을 작성·비치할 것
- 라. 제 2 호나목에 따른 비상연락장치는 매일 정상 가동 여부를 점검할 것

비 고

위 표 제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 따른 인력기준, 시설기준 또는 운영기준에 필요한 세부 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

〈소득세법〉

제 14 조(과세표준의 계산)

①~② (생략)

③ 다음 각 호에 따른 소득의 금액은 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하지 아니한다.

1. 「조세특례제한법」 또는 이 법 제 12 조에 따라 과세되지 아니하는 소득
2. 대통령령으로 정하는 일용근로자(이하 "일용근로자"라 한다)의 근로소득
3. 제 129 조제 2 항의 세율에 따라 원천징수하는 이자소득 및 배당소득과 제 16 조제 1 항제 10 호에 따른 직장공제회 초과반환금
4. 법인으로 보는 단체 외의 단체 중 수익을 구성원에게 배분하지 아니하는 단체로서 단체명을 표기하여 금융거래를 하는 단체가 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제 2 조제 1 호각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사등(이하 "금융회사등"이라 한다)으로부터 받는 이자소득 및 배당소득
5. 「조세특례제한법」에 따라 분리과세되는 소득
6. 제 3 호부터 제 5 호까지의 규정 외의 이자소득과 배당소득(제 17 조제 1 항제 8 호에 따른 배당소득은 제외한다)으로서 그 소득의 합계액이 2 천만원(이하 "이자소득등의 종합과세기준 금액"이라 한다) 이하이면서 제 127 조에 따라 원천징수된 소득
7. 해당 과세기간에 대통령령으로 정하는 총수입금액의 합계액이 2 천만원 이하인 자의 주택 임대소득(이하 "분리과세 주택임대소득"이라 한다). 이 경우 주택임대소득의 산정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
8. 다음 각 목에 해당하는 기타소득(이하 "분리과세기타소득"이라 한다)
 - 가. 제 21 조제 1 항제 1 호부터 제 8 호까지, 제 8 호의 2, 제 9 호부터 제 20 호까지, 제 22 호, 제 22 호의 2 및 제 26 호에 따른 기타소득(라목 및 마목의 소득은 제외한다)으로서 같은 조 제 2 항에 따른 기타소득금액이 300 만원 이하이면서 제 127 조에 따라 원천징수(제 127 조제 1 항제 6 호나목에 해당하여 원천징수되지 아니하는 경우를 포함한다)된 소득. 다만, 해당 소득이 있는 거주자가 종합소득과세표준을 계산할 때 그 소득을 합산하려는 경우 그 소득은 분리과세기타소득에서 제외한다.
 - 나. 제 21 조제 1 항제 21 호에 따른 연금외수령한 기타소득
 - 다. 제 21 조제 1 항제 27 호 및 같은 조 제 2 항에 따른 기타소득
 - 라. 제 21 조제 1 항제 2 호에 따른 기타소득 중 「복권 및 복권기금법」 제 2 조에 따른 복권 당첨금
 - 마. 그 밖에 제 21 조제 1 항에 따른 기타소득 중 라목과 유사한 소득으로서 대통령령으로 정하는 기타소득
9. 제 20 조의 3 제 1 항제 2 호 및 제 3 호에 따른 연금소득 중 다음 각 목에 해당하는 연금소득(다목의 소득이 있는 거주자가 종합소득 과세표준을 계산할 때 이를 합산하려는 경우는 제외하며, 이하 "분리과세연금소득"이라 한다)
 - 가. 제 20 조의 3 제 1 항제 2 호가목에 따라 퇴직소득을 연금수령하는 연금소득

나. 제 20 조의 3 제 1 항제 2 호나목 및 다목의 금액을 의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득

다. 가목 및 나목 외의 연금소득의 합계액이 연 1 천 200 만원 이하인 경우 그 연금소득

10. 삭제

④ (이하 생략)

제 20 조의 3(연금소득)

① 연금소득은 해당 과세기간에 발생한 다음 각 호의 소득으로 한다.

1. 공적연금 관련법에 따라 받는 각종 연금(이하 "공적연금소득"이라 한다)

2. 다음 각 목에 해당하는 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금계좌["연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다) 또는 퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)를 말한다. 이하 같다]에서 대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 경우의 그 연금

가. 제 146 조제 2 항에 따라 원천징수되지 아니한 퇴직소득

나. 제 59 조의 3 제 1 항에 따라 세액공제를 받은 연금계좌 납입액

다. 연금계좌의 운용실적에 따라 증가된 금액

라. 그 밖에 연금계좌에 이체 또는 입금되어 해당 금액에 대한 소득세가 이연(移延)된 소득으로서 대통령령으로 정하는 소득

3. 제 2 호에 따른 소득과 유사하고 연금 형태로 받는 것으로서 대통령령으로 정하는 소득

② 공적연금소득은 2002 년 1 월 1 일 이후에 납입된 연금 기여금 및 사용자 부담금(국가 또는 지방자치단체의 부담금을 포함한다. 이하 같다)을 기초로 하거나 2002 년 1 월 1 일 이후 근로의 제공을 기초로 하여 받는 연금소득으로 한다.

③ 연금소득금액은 제 1 항 각 호에 따른 소득의 금액의 합계액(제 2 항에 따라 연금소득에서 제외되는 소득과 비과세소득의 금액은 제외하며, 이하 "총연금액"이라 한다)에서 제 47 조의 2 에 따른 연금소득공제를 적용한 금액으로 한다.

④ 연금소득의 범위 및 계산방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 21 조(기타소득)

① 기타소득은 이자소득·배당소득·사업소득·근로소득·연금소득·퇴직소득·금융투자소득 및 양도소득 외의 소득으로서 다음 각 호에서 규정하는 것으로 한다.

1. ~ 20. (생략)

21. 제 20 조의 3 제 1 항제 2 호나목 및 다목의 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금외수령한 소득

22. ~ 26. (생략)

27. 「특정 금융거래정보의 보고 및 이용 등에 관한 법률」 제 2 조제 3 호에 따른 가상자산 (이하 “가상자산”이라 한다)을 양도하거나 대여함으로써 발생하는 소득(이하 “가상자산 소득”이라 한다)

(이하 생략)

제 44 조(상속의 경우의 소득금액의 구분 계산)

- ① 피상속인의 소득금액에 대한 소득세로서 상속인에게 과세할 것과 상속인의 소득금액에대한 소득세는 구분하여 계산하여야 한다.
- ② 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 그 배우자가 연금외수령 없이 해당 연금계좌를 상속으로 승계하는 경우에는 제1항에도 불구하고 해당 연금계좌에 있는 피상속인의 소득금액은 상속인의 소득금액으로 보아 소득세를 계산한다.
- ③ 제 2 항에 따른 연금계좌의 승계방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 47 조의 2(연금소득공제)

- ① 연금소득이 있는 거주자에 대해서는 해당 과세기간에 받은 총연금액(분리과세연금소득은 제외하며, 이하 이 항에서 같다)에서 다음 표에 규정된 금액을 공제한다. 다만, 공제액이 900 만원을 초과하는 경우에는 900 만원을 공제한다.

총연금액	공제액
350 만원 이하	총연금액
350 만원 초과 700 만원 이하	350 만원+(350 만원을 초과하는 금액의 100 분의 40)
700 만원 초과 1,400 만원 이하	490 만원+(700 만원을 초과하는 금액의 100 분의 20)
1,400 만원 초과	630 만원+(1,400 만원을 초과하는 금액의 100 분의 10)

- ② 제 1 항에 따른 공제를 "연금소득공제"라 한다.

제 51 조의 3(연금보험료공제)

- ① 종합소득이 있는 거주자가 공적연금 관련법에 따른 기여금 또는 개인부담금(이하 "연금보험료"라 한다)을 납입한 경우에는 해당 과세기간의 종합소득금액에서 그 과세기간에 납입한 연금보험료를 공제한다.
 1. 삭제
 2. 삭제
- ② 제 1 항에 따른 공제를 "연금보험료공제"라 한다.
- ③ 다음 각 호에 해당하는 공제를 모두 합한 금액이 종합소득금액을 초과하는 경우 그 초과하는 금액을 한도로 연금보험료공제를 받지 아니한 것으로 본다.
 1. 제 51 조제 3 항에 따른 인적공제
 2. 이 조에 따른 연금보험료공제

3. 제 51 조의 4 에 따른 주택담보노후연금 이자비용공제
4. 제 52 조에 따른 특별소득공제
5. 「조세특례제한법」에 따른 소득공제

제 59 조의 3(연금계좌세액공제)

① 종합소득이 있는 거주자가 연금계좌에 납입한 금액 중 다음 각 호에 해당하는 금액을 제외한 금액(이하 "연금계좌 납입액"이라 한다)의 100 분의 12[해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 4 천만원 이하(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 5 천 500 만원 이하)인 거주자에 대해서는 100 분의 15]에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 400 만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 400만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700 만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하되, 해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 1 억 원 초과(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 1 억 2 천만원 초과)인 거주자에 대해서는 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 300 만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 300만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700 만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

1. 제 146 조제 2 항에 따라 소득세가 원천징수되지 아니한 퇴직소득 등 과세가 이연된 소득
2. 연금계좌에서 다른 연금계좌로 계약을 이전함으로써 납입되는 금액

② 제 1 항에 따른 공제를 "연금계좌세액공제"라 한다.

③ 「조세특례제한법」 제 91 조의 18 에 따른 개인종합자산관리계좌의 계약기간이 만료되고 해당 계좌 잔액의 전부 또는 일부를 대통령령으로 정하는 방법으로 연금계좌로 납입한 경우 그 납입한 금액(이하 이 조에서 "전환금액"이라 한다)을 납입한 날이 속하는 과세기간의 연금계좌 납입액에 포함한다.

④ 전환금액이 있는 경우에는 제 1 항 각 호 외의 부분 단서에도 불구하고 같은 항을 적용할 때 전환금액의 100 분의 10 또는 300 만원(직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 300 만원에서 직전 과세기간에 적용된 금액을 차감한 금액으로 한다) 중 적은 금액과 제 1 항 각 호 외의 부분 단서에 따라 연금계좌에 납입한 금액으로 하는 금액을 합한 금액을 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

⑤ 제 1 항부터 제 4 항까지의 규정에 따른 연금계좌세액공제의 계산방법, 신청 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

〈소득세법 시행령〉

제 20 조의 2(의료 목적 또는 부득이한 인출의 요건 등)

① 법 제 14 조제 3 항제 9 호나목에서 “의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득”이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 법 제 20 조의 3 제 1 항제 2 호에 따른 연금계좌(이하 “연금계좌”라 한다)에서 인출하는 금액을 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생하여 연금계좌에서 인출하려는 사람이 해당 사유가 확인된 날부터 6 개월 이내에 그 사유를 확인할 수 있는 서류를 갖추어 연금계좌를 취급하는 금융회사 등(이하 “연금계좌취급자”라 한다)에게 제출하는 경우

가. 천재지변

나. 연금계좌 가입자의 사망 또는 「해외이주법」에 따른 해외이주

다. 연금계좌 가입자 또는 그 부양가족[법 제 50 조에 따른 기본공제대상이 되는 사람(소득의 제한은 받지 아니한다)으로 한정한다]이 질병·부상에 따라 3 개월 이상의 요양이 필요한 경우

라. 연금계좌 가입자가 「재난 및 안전관리 기본법」 제 66 조제 1 항제 2 호의 재난으로 15 일 이상의 입원 치료가 필요한 피해를 입은 경우

마. 연금계좌 가입자가 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 파산의 선고 또는 개인회생절차개시의 결정을 받은 경우

바. 연금계좌취급자의 영업정지, 영업 인·허가의 취소, 해산결의 또는 파산선고

2. 제 40 조의 2 제 3 항제 1 호 및 제 2 호를 충족한 연금계좌 가입자가 제 118 조의 5 제 1 항 및 제 2 항에 따른 의료비(본인을 위한 의료비에 한정한다)를 연금계좌에서 인출하기 위하여 해당 의료비를 지급한 날부터 6 개월 이내에 기획재정부령으로 정하는 증명서류를 연금계좌취급자에게 제출하는 경우

② 제 1 항제 1 호다목 및 라목에 따라 인출하는 금액은 제 118 조의 5 제 1 항 및 제 2 항에 따른 의료비, 간병인 비용, 보건복지부 장관이 고시하는 최저생계비 등을 고려하여 기획재정부령으로 정하는 금액 이내의 금액으로 한정한다.

③ 제 1 항제 2 호에 따라 의료비를 인출하는 경우에는 1 명당 하나의 연금계좌만 의료비연금계좌로 지정(해당 연금계좌의 연금계좌취급자가 지정에 동의하는 경우에 한정한다)하여 인출할 수 있다.

④ 연금계좌취급자는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호에 따라 제출받은 증명서류를 해당 인출에 대한 원천징수세액 납부기한의 다음 날부터 5 년간 보관하여야 한다.

⑤ 제 1 항부터 제 4 항까지의 규정에서 정한 사항 외에 연금계좌 인출의 절차 등에 필요한 사항은 기획재정부령으로 정한다.

제 40 조의 2(연금계좌 등)

① 법 제 20 조의 3 제 1 항제 2 호 각 목 외의 부분에서 “연금저축”의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌란 제 1 호에 해당하는 계좌를 말하고, “퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌”란 제 2 호에 해당하는 계좌를 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사 등과 체결한 계약에 따라 “연금저축”이라는 명칭으로 설정하는 계좌(이하 “연금저축계좌”라 한다)

가. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제 12 조에 따라 인가를 받은 신탁업자와 체결하는 신탁계약

나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제 12 조에 따라 인가를 받은 투자중개업자와 체결하는 집합투자증권 중개계약

다. 제 25 조제 2 항에 따른 보험계약을 취급하는 기관과 체결하는 보험계약

2. 퇴직연금을 지급받기 위하여 가입하여 설정하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 계좌(이하 “퇴직연금계좌”라 한다)

가. 「근로자퇴직급여 보장법」 제 2 조제 9 호의 확정기여형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

나. 「근로자퇴직급여 보장법」 제 2 조제 10 호의 개인형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

다. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 중소기업퇴직연금기금제도에 따라 설정하는 계좌

라. 「과학기술인공제회법」 제 16 조제 1 항에 따른 퇴직연금급여를 지급받기 위하여 설정하는 계좌

② 연금계좌의 가입자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우 법 제 59 조의 3 제 1 항에 따른 연금계좌 납입액(제 118 조의 3 에 따라 연금계좌에 납입한 것으로 보는 금액을 포함하며, 이하 “연금보험료”라 한다)으로 볼 수 있다.

1. 다음 각 목의 금액을 합한 금액 이내(연금계좌가 2 개 이상인 경우에는 그 합계액을 말한다)의 금액을 납입할 것. 이 경우 해당 과세기간 이전의 연금보험료는 납입할 수 없으나, 보험계약의 경우에는 최종납입일이 속하는 달의 말일부터 3 년 2 개월이 경과하기 전에는 그 동안의 연금보험료를 납입할 수 있다.

가. 연간 1 천 800 만원

나. 법 제 59 조의 3 제 3 항에 따른 전환금액[「조세특례제한법」 제 91 조의 18 에 따른 개인종합자산관리계좌(이하 “개인종합자산관리계좌”라 한다)의 계약기간 만료일 기준 잔액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다. 다만, 직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 개인종합자산관리계좌의 계약기간 만료일 기준 잔액에서 직전 과세기간에 납입한 금액을 차감한 금액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다]

다. 국내에 소유한 주택(이하 이 조에서 “연금주택”이라 한다)을 양도하고 이를 대체하여 다른 주택(이하 이 조에서 “축소주택”이라 한다)을 취득하거나 취득하지 않은 거주자로서 다음의 요건을 모두 충족하는 거주자가 연금주택 양도가액에서 축소주택 취득가액(취득하지 않은 경우에는 0 으로 한다)을 뺀 금액(해당 금액이 0 보다 작은 경우에는 0 으로 하며, 이하 이 조에서 “주택차액”이라 한다) 중 연금계좌로 납입하는 금액. 이

경우 거주자가 연금계좌로 납입하는 주택차액의 총 누적 금액은 1 억원을 한도로 한다

- 1) 연금주택 양도일 현재 거주자 또는 그 배우자가 60 세 이상일 것
- 2) 연금주택 양도일 현재 거주자 및 그 배우자가 국내에 소유한 주택을 합산했을 때 연금주택 1 주택만 소유하고 있을 것. 다만, 연금주택을 양도하기 전에 축소주택을 취득한 경우로서 축소주택을 취득한 날부터 6개월 이내에 연금주택을 양도한 경우에는 연금주택 양도일 현재 연금주택 1 주택만 소유하고 있는 것으로 본다.
- 3) 연금주택 양도일 현재 연금주택의 법 제 99 조에 따른 기준시가가 12 억원 이하일 것
- 4) 축소주택의 취득가액이 연금주택의 양도가액 미만일 것(축소주택을 취득한 경우에만 해당한다)
- 5) 연금주택 양도일부 6 개월 이내에 주택차액을 연금주택 소유자의 연금계좌로 납입할 것

2. 연금수령 개시를 신청한 날(연금수령 개시일을 사전에 약정한 경우에는 약정에 따른 개시일을 말한다) 이후에는 연금보험료를 납입하지 않을 것

③ 법 제 20 조의 3 제 1 항제 2 호 각 목 외의 부분에서 “대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출”이란 연금계좌에서 다음 각 호의 요건을 모두 갖추어 인출하거나 제 20 조의 2 제 1 항에 따라 인출(이하 “연금수령”이라 하며, 연금수령 외의 인출은 “연금외수령”이라 한다)하는 것을 말한다. 다만, 법 제 20 조의 3 제 1 항제 2 호가목의 퇴직소득을 제 20 조의 2 제 1 항제 1 호나목에 따른 해외이주에 해당하는 사유로 인출하는 경우에는 해당 퇴직소득을 연금계좌에 입금한 날부터 3 년 이후 해외이주하는 경우에 한정하여 연금수령으로 본다.

1. 가입자가 55 세 이후 연금계좌취급자에게 연금수령 개시를 신청한 후 인출할 것
2. 연금계좌의 가입일부 5 년이 경과된 후에 인출할 것. 다만, 법 제 20 조의 3 제 1 항제 2 호가목에 따른 금액(퇴직소득이 연금계좌에서 직접 인출되는 경우를 포함하며, 이하 “이연퇴직소득”이라 한다)이 연금계좌에 있는 경우에는 그러하지 아니한다.
3. 과세기간 개시일(연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 과세기간에는 연금수령 개시를 신청한 날로 한다) 현재 다음의 계산식에 따라 계산된 금액(이하 “연금수령한도”라 한다) 이내에서 인출할 것. 이 경우 제 20 조의 2 제 1 항에 따라 인출한 금액은 인출한 금액에 포함하지 아니한다.

연금계좌의 평가액	120
-----	-----
(11 - 연금수령연차)	100

x

④ 제 3 항제 3 호의 계산식에서 “연금수령연차”란 최초로 연금수령할 수 있는 날이 속하는 과세기간을 기산연차로 하여 그 다음 과세기간을 누적 합산한 연차를 말하며, 연금수령연차가 11 년 이상인 경우에는 그 계산식을 적용하지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 기산연차는 다음 각 호를 따른다.

1. 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌[2013년 3월 1일 전에 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제8호에 따른 확정급여형퇴직연금제도(이하 “확정급여형퇴직연금제도”라 한다)에 가입한 사람이 퇴직하여 퇴직소득 전액이 새로 설정된 연금계좌로 이체되는 경우를 포함한다]의 경우: 6년차
2. 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계한 경우: 사망일 당시 피상속인의 연금수령연차
- ⑤ 연금계좌에서 연금수령한도를 초과하여 인출하는 금액은 연금외수령하는 것으로 본다.
- ⑥ 연금계좌 가입자가 연금수령개시 또는 연금계좌의 해지를 신청하는 경우 연금계좌취급자는 기획재정부령으로 정하는 연금수령개시 및 해지명세서를 다음 달 10일까지 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.
- ⑦ 거주자는 주택차액을 연금계좌에 납입하려는 경우 기획재정부령으로 정하는 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 연금계좌취급자에게 제출해야 한다.
 1. 연금주택 매매계약서
 2. 축소주택 매매계약서(축소주택을 매입한 경우만 해당한다)
 3. 그 밖에 기획재정부령으로 정하는 서류
- ⑧ 거주자가 주택차액을 연금계좌에 납입한 후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하게 된 경우에는 그 납입일부터 연금계좌에 납입한 금액 전액을 연금보험료로 보지 않는다.
 1. 주택차액을 연금계좌에 납입할 당시 제2항제1호다목의 요건을 충족하지 못한 사실이 확인된 경우
 2. 주택차액을 연금계좌에 납입한 날부터 5년 이내에 주택을 새로 취득한 경우로서 연금주택의 양도가액에서 새로 취득한 주택의 취득가액을 뺀 금액이 연금계좌에 납입한 금액보다 작은 경우
- ⑨ 국세청장은 주택차액을 연금계좌에 납입한 거주자가 제8항 각 호에 해당하는지 여부를 확인한 후 그에 해당하는 사람이 있으면 그 사실을 매년 2월 말일까지 해당 연금계좌취급자에게 통보해야 하고, 연금계좌취급자는 이를 해당 거주자에게 통보해야 한다.
- ⑩ 연금계좌취급자는 제9항에 따른 통보를 받은 경우 제8항에 따라 연금보험료로 보지 않는 주택차액 연금계좌 납입금과 관련하여 그 운용실적에 따라 증가된 금액(이하 이 항에서 “운용수익”이라 한다)에 대해 연금보험료로 보지 않았더라면 원천징수했어야 할 세액(이미 원천징수한 세액이 있는 경우에는 이를 공제한 금액을 말한다)을 즉시 징수한 후 그 징수일이 속하는 달의 다음 달 10일까지 원천징수 관할 세무서장에게 납부해야 하고, 해당 연금계좌에 남아 있는 주택차액 납입금과 운용수익 잔액을 거주자에게 반환해야 한다. 이 경우 반환받은 운용수익은 그 원천징수일이 속하는 과세기간의 종합소득과세표준을 계산할 때 법 제14조에 따라 합산한다.
- ⑪ 1주택을 둘 이상의 거주자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 지분비율만큼 각각 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목 및 제7항부터 제10항까지의 규정을 적용한다. 다만, 1주택을 거주자와 그 배우자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 함께 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목 2)를 적용한다.
- ⑫ 제11항을 적용할 때 제2항제1호다목 3)에 따른 기준시가는 주택의 소유 지분에도 불구하고 해당 주택 전체에 대한 기준시가를 말하며, 주택의 소유 지분을 양도하거나 취득하는 경우 같은 목

4)에 따른 양도가액 및 취득가액은 해당 주택 전체를 기준으로 한 가액으로서 기획재정부령으로 정하는 바에 따라 계산한 가액으로 한다.

제 40 조의 4(연금계좌의 이체)

- ① 연금계좌에 있는 금액이 연금수령이 개시되기 전의 다른 연금계좌로 이체되는 경우에는 이를 인출로 보지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니한다.
 1. 연금저축계좌와 퇴직연금계좌 상호 간에 이체되는 경우
 2. 2013년 3월 1일 이후에 가입한 연금계좌에 있는 금액이 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌로 이체되는 경우
 3. 퇴직연금계좌에 있는 일부 금액이 이체되는 경우
- ② 제 1 항 단서 및 같은 항 제 1 호에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 인출로 보지 아니한다.
 1. 제 40 조의 2 제 3 항제 1 호 및 제 2 호의 요건을 갖춘 연금저축계좌의 가입자가 제 40 조의 2 제 1 항제 2 호나목에 해당하는 퇴직연금계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우
 2. 제 40 조의 2 제 3 항제 1 호 및 제 2 호의 요건을 갖춘 퇴직연금계좌(제 40 조의 2 제 1 항제 2 호나목에 해당하는 경우에 한정한다)의 가입자가 연금저축계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우
- ③ 제 1 항을 적용할 때 일부 금액이 이체(제 1 항제 3 호의 경우를 제외한다)되는 경우에는 제 40 조의 3 제 1 항 각 호의 순서에 따라 이체되는 것으로 본다.
- ④ 제 1 항 및 제 2 항을 적용할 때 연금계좌의 가입일 등은 이체받은 연금계좌를 기준으로 이 영을 적용한다. 다만, 연금계좌가 새로 설정되어 전액이 이체되는 경우에는 이체되기 전의 연금계좌를 기준으로 할 수 있다.
- ⑤ 연금계좌의 이체에 따라 연금계좌취급자가 변경되는 경우에는 이체하는 연금계좌취급자가 이체와 함께 기획재정부령으로 정하는 연금계좌이체명세서를 이체받는 연금계좌취급자에게 통보하여야 한다.

제 100 조의 2(연금계좌의 승계 등)

- ① 법 제 44 조제 2 항에 따라 상속인이 연금계좌를 승계하는 경우 해당 연금계좌의 소득금액을 승계하는 날에 그 연금계좌에 가입한 것으로 본다. 다만, 제 40 조의 2 제 3 항제 2 호의 연금계좌의 가입일은 피상속인의 가입일로 하여 적용한다.
- ② 법 제 44 조제 2 항에 따라 연금계좌를 승계하려는 상속인은 피상속인이 사망한 날이 속하는 달의 말일부터 6 개월 이내에 연금계좌취급자에게 승계신청을 하여야 한다. 이 경우 상속인은 피상속인이 사망한 날부터 연금계좌를 승계한 것으로 본다.

③ 제 2 항 전단에 따른 승계신청을 받은 연금계좌취급자는 사망일부터 승계신청일까지 인출된 금액에 대하여 이를 피상속인이 인출한 소득으로 보아 이미 원천징수된 세액과 상속인이 인출한 금액에 대한 세액과의 차액이 있으면 세액을 정산하여야 한다.

④ 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 제 2 항 전단에 따른 승계신청을 하지 아니한 경우에는 사망일 현재 다음 각 호의 합계액을 인출하였다고 보아 계산한 세액에서 사망일부터 사망확인일(연금계좌취급자가 확인한 날을 말하며, 사망확인일이 승계신청기한 이전인 경우에는 신청기한의 말일로 하고, 상속인이 신청기한이 지나기 전에 인출하는 경우에는 인출하는 날을 말한다. 이하 이 항에서 같다)까지 이미 원천징수된 세액을 뺀 금액을 피상속인의 소득세로 한다.

1. 사망일부터 사망확인일까지 인출한 소득
2. 사망확인일 현재 연금계좌에 있는 소득

제 118 조의 3(연금계좌세액공제 한도액 초과납입금 등의 해당 연도 납입금으로의 전환 특례)

① 연금계좌 가입자가 이전 과세기간에 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 법 제 59 조의 3 에 따른 연금계좌세액공제를 받지 아니한 금액이 있는 경우로서 그 금액의 전부 또는 일부를 해당 과세기간에 연금계좌에 납입한 연금보험료로 전환하여 줄 것을 연금계좌취급자에게 신청한 경우에는 법 제 59 조의 3 을 적용할 때 그 전환을 신청한 금액을 제 40 조의 3 제 2 항에도 불구하고 연금계좌에서 가장 먼저 인출하여 그 신청을 한 날에 다시 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료로 본다. 이 경우 전환을 신청한 금액은 그 신청한 날에 연금계좌에 납입한 연금보험료로 보아 제 40 조의 2 제 2 항 각 호의 요건을 충족하여야 한다.

② 제 1 항에 따라 전환을 신청한 금액에 대한 연금계좌세액공제의 계산은 법 제 59 조의 3 제 1 항 각 호 외의 부분을 따른다.

③ 제 1 항에 따른 납입한 연금보험료의 전환 신청 등에 필요한 사항은 기획재정부령으로 정한다.

〈감염병의 예방 및 관리에 관한 법률〉

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "감염병"이란 제 1 급감염병, 제 2 급감염병, 제 3 급감염병, 제 4 급감염병, 기생충감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병을 말한다.
2. "제 1 급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

- 가. 에볼라바이러스병
- 나. 마버그열
- 다. 라싸열
- 라. 크리미안콩고출혈열
- 마. 남아메리카출혈열
- 바. 리프트밸리열
- 사. 두창
- 아. 페스트
- 자. 탄저
- 차. 보툴리눔독소증
- 카. 야토병
- 타. 신종감염병증후군
- 파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
- 하. 중동호흡기증후군(MERS)
- 거. 동물인플루엔자 인체감염증
- 너. 신종인플루엔자
- 더. 디프테리아

(이하생략)

〈장기등 이식에 관한 법률〉

제 4 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "장기등"이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

가. 신장·간장·췌장·심장·폐

나. 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우에 한정한다)·골수·안구

다. 뼈·피부·근육·신경·혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손·팔 또는 발·다리

라. 제 8 조제 2 항제 4 호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정·고시한것

마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출·이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것

2. "장기등기증자"란 다른 사람의 장기등의 기능회복을 위하여 대가 없이 자신의 특정한 장기등을 제공하는 사람으로서 제 14 조에 따라 등록한 사람을 말한다.

3. "장기등기증희망자"란 본인이 장래에 뇌사 또는 사망할 때(말초혈 또는 골수의 경우에는 살아있을 때를 포함한다) 장기등을 기증하겠다는 의사표시를 한 사람으로서 제 15 조에 따라 등록한 사람을 말한다.

4. "장기등이식대기자"란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제 14 조에 따라 등록한 사람을 말한다.

5. "살아있는 사람"이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, "뇌사자"란 이 법에 따른 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.

6. "가족" 또는 "유족"이란 살아있는 사람·뇌사자 또는 사망한 자의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14 세 미만인 사람은 제외한다.

가. 배우자

나. 직계비속

다. 직계존속

라. 형제자매

마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4 촌 이내의 친족

〈산업재해보상보험법 시행규칙〉

제 47 조(운동기능장애의 측정)

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역은 별표 4 와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역과 별표 4의 평균 운동기능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동기능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제 2 항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

〈관공서의 공휴일에 관한 규정〉

제 2 조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음과 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1 절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1 월 1 일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12 월 말일, 1 월 1 일, 2 일)
5. 〈삭제〉
6. 부처님오신날 (음력 4 월 8 일)
7. 5 월 5 일 (어린이날)
8. 6 월 6 일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8 월 14 일, 15 일, 16 일)
10. 12 월 25 일 (기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제 34 조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제 3 조(대체공휴일)

① 제 2 조제 2 호부터 제 10 호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제 2 조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.

1. 제 2 조제 2 호 · 제 6 호 · 제 7 호 또는 제 10 호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제 2 조제 4 호 또는 제 9 호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제 2 조제 2 호 · 제 4 호 · 제 6 호 · 제 7 호 · 제 9 호 또는 제 10 호의 공휴일이 토요일 · 일요일이 아닌 날에 같은 조 제 2 호부터 제 10 호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제 1 항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

〈국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률〉

제 1 조(목적)

이 법은 국가를 위하여 희생하거나 공헌한 국가유공자, 그 유족 또는 가족을 합당하게 예우(禮遇)하고 지원함으로써 이들의 생활안정과 복지향상을 도모하고 국민의 애국정신을 기르는 데에 이바지함을 목적으로 한다.

제 2 조(예우의 기본이념)

대한민국의 오늘은 온 국민의 애국정신을 바탕으로 전몰군경(戰歿軍警)과 전상군경(戰傷軍警)을 비롯한 국가유공자의 희생과 공헌 위에 이룩된 것이므로 이러한 희생과 공헌이 우리와 우리의 자손들에게 송고한 애국정신의 귀감(龜鑑)으로서 항구적으로 존중되고, 그 희생과 공헌의 정도에 상응하여 국가유공자와 그 유족의 영예(榮譽)로운 생활이 유지·보장되도록 실질적인 보상이 이루어져야 한다.

제 3 조(정부의 시책)

국가와 지방자치단체는 국가유공자의 애국정신을 기리고 이를 계승·발전시키며, 제 2 조의 기본이념을 구현하기 위한 시책을 마련한다.

제 4 조(적용 대상 국가유공자)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 국가유공자, 그 유족 또는 가족(다른 법률에서 이 법에 규정된 예우 등을 받도록 규정된 사람을 포함한다)은 이 법에 따른 예우를 받는다.

1. 순국선열: 「독립유공자예우에 관한 법률」 제 4 조제 1 호에 따른 순국선열
2. 애국지사: 「독립유공자예우에 관한 법률」 제 4 조제 2 호에 따른 애국지사
3. 전몰군경(戰歿軍警): 군인이나 경찰공무원으로서 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 사망한 사람(군무원으로서 1959년 12월 31일 이전에 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 사망한 사람을 포함한다)
4. 전상군경(戰傷軍警): 군인이나 경찰공무원으로서 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입고 전역(퇴역·면역 또는 상근예비역 소집해제를 포함한다. 이하 같다)하거나 퇴직(면직을 포함한다. 이하 같다)한 사람(군무원으로서 1959년 12월 31일 이전에 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입고 퇴직한 사람을 포함한다) 또는 6개월 이내에 전역이나 퇴직하는 사람으로서 그 상이정도가 국가보훈처장이 실시하는 신체검사에서 제 6 조의 4 에 따른 상이등급(이하 “상이등급”이라 한다)으로 판정된 사람

5. 순직군경(殉職軍警): 군인이나 경찰·소방 공무원으로서 국가의 수호·안전보장 또는 국민의 생명·재산 보호와 직접적인 관련이 있는 직무수행이나 교육훈련 중 사망한 사람(질병으로 사망한 사람을 포함한다)
6. 공상군경(公傷軍警): 군인이나 경찰·소방 공무원으로서 국가의 수호·안전보장 또는 국민의 생명·재산 보호와 직접적인 관련이 있는 직무수행이나 교육훈련 중 상이(질병을 포함한다)를 입고 전역하거나 퇴직한 사람 또는 6 개월 이내에 전역이나 퇴직하는 사람으로서 그 상이정도가 국가보훈처장이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정된 사람
7. 무공수훈자(武功受勳者): 무공훈장(武功勳章)을 받은 사람. 다만, 「국가공무원법」 제 2 조 및 「지방공무원법」 제 2 조에 따른 공무원과 국가나 지방자치단체에서 일상적으로 공무에 종사하는 대통령령으로 정하는 직원이 무공훈장을 받은 경우에는 전역하거나 퇴직한 사람만 해당한다.
8. 보국수훈자(保國受勳者): 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람
 - 가. 군인으로서 보국훈장을 받고 전역한 사람
 - 나. 군인 외의 사람으로서 간첩체포, 무기개발 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유(이하 “간첩체포등의 사유”라 한다)로 보국훈장을 받은 사람. 다만, 「국가공무원법」 제 2 조 및 「지방공무원법」 제 2 조에 따른 공무원(군인은 제외한다)과 국가나 지방자치단체에서 일상적으로 공무에 종사하는 대통령령으로 정하는 직원이 간첩체포등의 사유로 보국훈장을 받은 경우에는 퇴직한 사람만 해당한다.
9. 6·25 참전 재일학도의용군인(在日學徒義勇軍人)(이하 “재일학도의용군인”이라 한다): 대한민국의 국민으로서 일본에 거주하던 사람으로서 1950년 6월 25일부터 1953년 7월 27일 까지의 사이에 국군이나 유엔군에 지원 입대하여 6·25 전쟁에 참전하고 제대한 사람(파면된 사람이나 형을 선고받고 제대된 사람은 제외한다)
10. 참전유공자: 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제 2 조제 2 호에 해당하는 사람 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람
 - 가. 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제 5 조에 따라 등록된 사람
 - 나. 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제 4 조 또는 제 7 조에 따라 등록된 사람
11. 4·19 혁명사망자: 1960년 4월 19일을 전후한 혁명에 참가하여 사망한 사람
12. 4·19 혁명부상자: 1960년 4월 19일을 전후한 혁명에 참가하여 상이를 입은 사람으로서 그 상이정도가 국가보훈처장이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정된 사람
13. 4·19 혁명공로자: 1960년 4월 19일을 전후한 혁명에 참가한 사람 중 제 11 호와 제 12 호에 해당하지 아니하는 사람으로서 건국포장(建國褒章)을 받은 사람
14. 순직공무원: 「국가공무원법」 제 2 조 및 「지방공무원법」 제 2 조에 따른 공무원(군인과 경찰·소방 공무원은 제외한다)과 국가나 지방자치단체에서 일상적으로 공무에 종사하는 대통령령으로 정하는 직원으로서 국민의 생명·재산 보호와 직접적인 관련이 있는 직무수행이나 교육훈련 중 사망한 사람(질병으로 사망한 사람을 포함한다)
15. 공상공무원: 「국가공무원법」 제 2 조 및 「지방공무원법」 제 2 조에 따른 공무원(군인과 경찰·소방 공무원은 제외한다)과 국가나 지방자치단체에서 일상적으로 공무에 종사하는 대통령

령으로 정하는 직원으로서 국민의 생명·재산 보호와 직접적인 관련이 있는 직무수행이나 교육훈련 중 상이(질병을 포함한다)를 입고 퇴직하거나 6 개월 이내에 퇴직하는 사람으로서 그 상이정도가 국가보훈처장이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정된 사람

16. 국가사회발전 특별공로순직자(이하 “특별공로순직자”라 한다): 국가사회발전에 현저한 공이 있는 사람 중 그 공로와 관련되어 순직한 사람으로서 국무회의에서 이 법의 적용 대상으로 의결된 사람

17. 국가사회발전 특별공로상이자(이하 “특별공로상이자”라 한다): 국가사회발전에 현저한 공이 있는 사람 중 그 공로와 관련되어 상이를 입은 사람으로서 그 상이정도가 국가보훈처장이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정되어 국무회의에서 이 법의 적용 대상으로 의결된 사람

18. 국가사회발전 특별공로자(이하 “특별공로자”라 한다): 국가사회발전에 현저한 공이 있는 사람 중 제16호와 제17호에 해당하지 아니하는 사람으로서 국무회의에서 이 법의 적용 대상으로 의결된 사람

② 제1 항제3 호부터 제6 호까지, 제14 호 및 제15 호에 따른 국가유공자의 요건에 해당되는지에 대한 구체적인 기준과 범위는 다음 각 호의 사항 등을 종합적으로 고려하여 대통령령으로 정한다.

1. 전투 또는 이에 준하는 직무수행의 범위
2. 직무수행이나 교육훈련과 국가의 수호·안전보장 또는 국민의 생명·재산 보호와의 관련 정도
3. 사망하거나 상이(질병을 포함한다)를 입게 된 경위 및 본인 과실의 유무와 정도

③ 제1 항에도 불구하고 제1 항제1 호 및 제2 호에 따른 순국선열·애국지사의 예우에 관하여는 「독립유공자예우에 관한 법률」에서 정한다.

④ 제1 항에도 불구하고 제1 항제10 호가목에 해당하는 사람의 예우에 관하여는 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」에서 정한다.

⑤ 제1 항에도 불구하고 제1 항제10 호나목에 해당하는 사람의 지원에 관하여는 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」에서 정한다.

⑥ 제1 항제3 호부터 제6 호까지, 제14 호 또는 제15 호에 따른 요건에 해당되는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 원인으로 사망하거나 상이(질병을 포함한다)를 입으면 제1 항 및 제6 조에 따라 등록되는 국가유공자, 그 유족 또는 가족에서 제외한다.

1. 불가피한 사유 없이 본인의 고의 또는 중대한 과실로 인한 것이거나 관련 법령 또는 소속 상관의 명령을 현저히 위반하여 발생한 경우
2. 공무를 이탈한 상태에서의 사고나 재해로 인한 경우
3. 장난·싸움 등 직무수행으로 볼 수 없는 사적(私的)인 행위가 원인이 된 경우

제5조(유족 또는 가족의 범위)

① 이 법에 따라 보상을 받는 국가유공자의 유족이나 가족의 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 배우자
2. 자녀

3. 부모
4. 성년인 직계비속(直系卑屬)이 없는 조부모
5. 60 세 미만의 직계존속(直系尊屬)과 성년인 형제자매가 없는 미성년 제매(弟妹)
- ② 제 1 항제 1 호의 배우자의 경우, 사실혼 관계에 있는 사람을 포함한다. 다만, 배우자 및 사실혼 관계에 있는 사람이 국가유공자와 혼인 또는 사실혼 후 그 국가유공자가 아닌 다른 사람과 사실혼 관계에 있거나 있었던 경우는 제외한다.
- ③ 제 1 항제 2 호의 자녀의 경우, 양자(養子)는 국가유공자가 직계비속이 없어 입양한 사람 1 명만을 자녀로 본다.
- ④ 제 1 항제 3 호의 부모의 경우, 생부 또는 생모 외에 국가유공자를 양육하거나 부양한 사실이 있는 부 또는 모의 배우자가 있는 때에는 국가유공자를 주로 양육하거나 부양한 사람 1 명을 부 또는 모로 본다.
- ⑤ 제 1 항제 4 호의 조부모의 경우, 성년인 직계비속이 대통령령으로 정하는 생활능력이 없는 정도의 장애인이거나 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 의무복무 중인 경우에는 성년인 직계비속이 없는 것으로 본다.
 1. 「병역법」 제 16 조 또는 제 20 조에 따라 입영된 현역병(본인이 지원하지 아니하고 임용된 부사관을 포함한다)
 2. 「병역법」 제 22 조에 따라 소집된 상근예비역
 3. 「병역법」 제 25 조에 따라 전환복무된 의무경찰 및 의무소방원
 4. 「병역법」 제 2 조에 따른 사회복무요원 및 대체복무요원으로 소집된 사람
- ⑥ 제 1 항제 5 호의 미성년 제매의 경우, 60 세 미만의 직계존속과 성년인 형제자매가 있더라도 대통령령으로 정하는 생활능력이 없는 정도의 장애인이거나 제 5 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 의무복무 중인 경우에는 60 세 미만의 직계존속과 성년인 형제자매가 없는 것으로 본다.
- ⑦ 삭제
- ⑧ 삭제

제 6 조(등록 및 결정)

- ① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 “신청 대상자”라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부장관에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.
 1. 「국가보훈 기본법」 제 23 조제 1 항제 3 호의 2 에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우
 2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
 3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우
- ② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제 4 조제 1 항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제 1 항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다. <신설 2011. 9. 15.>

- ③ 국가보훈부장관은 제 1 항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제 4 조 또는 제 5 조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제 4 조제 1 항제 3 호부터 제 6 호까지, 제 8 호, 제 14 호 및 제 15 호의 국가유공자(이하 “전몰군경등”이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈부장관에게 통보하여야 한다.
- ④ 국가보훈부장관은 제 3 항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제 74 조의 5 에 따른 보훈심사위원회(이하 “보훈심사위원회”라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다.
- ⑤ 국가보훈부장관은 제 4 조제 1 항 각 호(제 1 호, 제 2 호 및 제 10 호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.
- ⑥ 제 1 항부터 제 4 항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

제 6 조의 2(국가유공자 등의 변동신고 등)

- ① 제 6 조제 1 항에 따른 등록신청 대상자는 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 국가보훈부령으로 정하는 바에 따라 지체 없이 국가보훈부장관에게 신고하여야 한다.
 - 1. 사망한 경우
 - 2. 국적을 상실한 경우
 - 3. 제 5 조에 따른 유족 또는 가족에 해당하지 아니하게 된 경우
 - 4. 제 5 조에 따른 유족 또는 가족에 해당하게 된 경우
 - 5. 제 78 조제 2 항에 해당하는 사람이 된 경우
 - 6. 제 79 조제 1 항제 1 호부터 제 4 호까지 또는 같은 조 제 2 항의 어느 하나에 해당하는 사람이 된 경우
 - 7. 1 년 이상 계속하여 행방불명이거나 그 행방불명 사유가 소멸된 경우
 - 8. 성명, 주소 또는 생년월일이 변동된 경우
 - 9. 그 밖에 국가보훈부령으로 정하는 신상(身上) 변동이 있는 경우
- ② 국가보훈부장관은 제 1 항에 따른 신고를 받으면 유족의 순위변경, 등록결정의 취소, 추가등록결정 등의 조치 사항을 그 신고인에게 통보하여야 한다.

제 6 조의 3(신체검사)

- ① 국가보훈부장관은 제 4 조제 1 항제 4 호 · 제 6 호 · 제 12 호 · 제 15 호 및 제 17 호에 따라 이 법의 적용 대상자로 될 상이를 입은 사람의 판정과 그가 입은 상이정도 또는 상이처의 변경 등으로 인한 상이등급을 판정하기 위하여 신체검사를 실시한다. 이 경우 대통령령으로 정하는 사유가 있는 사람의 상이등급 판정을 위한 신체검사는 서면심사(書面審査)로 할 수 있다.
- ② 제 1 항에 따라 실시하는 신체검사는 다음 각 호의 구분에 따른다.
 1. 신규신체검사: 제 6 조제 1 항에 따라 등록을 신청한 사람에 대하여 보훈심사위원회가 심의 · 의결한 경우에 실시하는 신체검사
 2. 재심신체검사: 신규신체검사의 판정에 이의가 있는 사람에 대하여 실시하는 신체검사
 3. 재확인신체검사: 신규신체검사나 재심신체검사에서 상이등급의 판정을 받지 못한 사람에 대하여 실시하는 신체검사
 4. 재판정(再判定)신체검사: 신규신체검사, 재심신체검사 또는 재확인신체검사에서 상이등급의 판정을 받아 이 법의 적용 대상이 된 사람 중 본인의 신청 또는 국가보훈부장관의 직권에 의하여 상이등급을 재판정할 필요가 있다고 인정되는 사람에 대하여 실시하는 신체검사
- ③ 제 2 항에 따른 신체검사에서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 등록신청이나 신체검사신청은 기각된 것으로 본다.
 1. 신규신체검사 · 재심신체검사 또는 재확인신체검사에서 상이등급의 판정을 받지 못한 경우
 2. 재심신체검사나 재판정신체검사의 결과 상이등급의 변동이 없는 경우
 3. 대통령령으로 정하는 특별한 사유 없이 본인이 신청한 신체검사를 받지 아니하는 경우
- ④ 국가보훈부장관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 직권으로 재판정신체검사를 실시할 수 있다.
 1. 상이(질병을 포함한다)의 특성상 일정한 기간이 지난 후 상이등급을 재판정할 필요가 있다고 인정되는 경우
 2. 그 밖에 상이등급을 재판정할 필요가 있다고 국가보훈부장관이 인정하는 경우
- ⑤ 제 4 항제 1 호에 따라 직권으로 실시하는 재판정신체검사는 1 회에 한하여 실시하되 상이(질병을 포함한다)가 호전되거나 악화된 정도 등을 고려하여 이를 달리할 수 있다.
- ⑥ 직권에 의한 재판정신체검사의 실시를 통보받은 사람은 대통령령으로 정하는 특별한 사유가 없으면 이를 받아야 한다.
- ⑦ 재판정신체검사에서 상이등급 재판정의 효력은 본인이 신청하거나 국가보훈부장관이 직권에 의하여 재판정신체검사를 받도록 통지한 날이 속하는 달부터 발생한다. 다만, 상이등급이 하락(下落)한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따른다.
 1. 본인의 신청에 의한 재판정신체검사의 경우: 상이등급의 판정을 받은 날이 속하는 달의 다음 달
 2. 직권에 의한 재판정신체검사의 경우: 재판정신체검사를 받도록 통지한 날이 속하는 달의 다음 달
- ⑧ 제 1 항에 따른 신체검사 대상자가 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원이나 그 밖에 대통령령으로 정하는 병원급 이상의 의료기관이 국가보훈부령으로 정하는 바에 따라 발급하는 국가보

훈 장애진단서를 제출한 경우에는 제 2 항의 신체검사(제 4 항에 따라 직권으로 실시하는 재판정신체 검사는 제외한다)를 실시한 것으로 본다.

⑨ 제 1 항부터 제 7 항까지에서 규정한 사항 외에 신체검사 실시일, 직권에 의한 재판정신체검사 대상자의 선정기준 등 신체검사에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 6 조의 4(상이등급의 구분)

① 제 6 조의 3 제 1 항에 따른 신체검사 대상자의 상이등급은 그 상이정도에 따라 1 급 · 2 급 · 3 급 · 4 급 · 5 급 · 6 급 및 7 급으로 구분하여 판정한다. 이 경우 보훈심사위원회의 심의 · 의결을 거쳐야 한다.

② 제 1 항에 따른 상이등급의 기준은 상이 부위 및 양태, 사회생활의 제약을 받는 정도 등을 종합적으로 고려하여 정한다.

③ 제 1 항에 따른 상이등급의 구분과 판정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 6 조의 5(상이의 추가인정)

① 국가보훈처장은 국가유공자가 상이의 추가인정을 신청하면 보훈심사위원회의 심의 · 의결을 거쳐 그 인정 여부를 결정한다.

② 제 1 항에 따라 상이를 추가로 인정받은 사람은 그 추가인정을 신청한 날에 재판정신체검사를 신청한 것으로 본다.

제 6 조의 6(상이등급 판정 등에 대한 특례)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에 대한 상이정도는 제 6 조의 4 에 따른 상이등급과 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제 6 조에 따른 상이등급을 종합하여 판정한다.

1. 전상군경 또는 공상군경으로서 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」에 따른 재해부상군경에 해당하는 사람
2. 공상공무원으로서 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」에 따른 재해부상공무원에 해당하는 사람

② 제 1 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에 대한 보상의 금액, 보상기준 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 6 조의 7(6 · 25 전사자의 유족이 없는 경우에 대한 등록 및 결정의 특례)

국가보훈처장은 「6 · 25 전사자유해의 발굴 등에 관한 법률」에 따라 국방부장관이 전사자유해로 인정한 경우로서 그 전사자의 유족(제 5 조에 따른 유족을 말한다)이 없는 경우에는 제 6 조에 따른 절차를 거치지 아니하고 그 전사자를 국가유공자로 결정한다.

제 7 조(보상 원칙)

- ① 국가유공자, 그 유족 또는 가족에게는 국가유공자의 희생과 공헌의 정도에 따라 보상하되, 그 생활수준과 연령 등을 고려하여 보상의 정도를 달리할 수 있다.
- ② 삭제

제 7 조의 2(상이등급에 따라 등록된 국가유공자 등에 대한 보상 특례)

법률 제 6011 호 국가유공자등예우및지원에관한법률중개정법률 제 6 조의 4 의 개정규정에 따른 상이등급에 따라 등록된 전상군경, 공상군경, 4 · 19 혁명부상자, 공상공무원, 특별공로상이자, 6 · 18 자유상이자 및 전투종사군무원 등과 그 유족 또는 가족에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 상이등급에 따라 제 11 조에 따른 보훈급여금(이하 “보훈급여금”이라 한다)을 지급한다.

제 7 조의 3(외국국적동포 등에 대한 보상 특례)

제 9 조제 3 항 후단에도 불구하고 「재외동포의 출입국과 법적 지위에 관한 법률」 제 16 조에 따라 보훈급여금을 받는 외국국적동포인 국가유공자가 대한민국 국적을 상실한 상태로 사망한 경우에도 대한민국 국적을 보유하고 있거나 회복한 그 유족에 대하여 보훈급여금을 지급한다.

제 8 조 삭제

제 9 조(보상받을 권리의 발생시기 및 소멸시기 등)

- ① 이 법에 따라 보상을 받을 권리는 제 6 조제 1 항에 따른 등록신청을 한 날이 속하는 달부터 발생한다. 다만, 제 4 조제 1 항제 4 호 · 제 6 호 또는 제 15 호에 해당하는 사람으로서 전역 · 퇴직 전 제 6 조제 1 항에 따라 등록을 신청하는 경우에는 전역일 · 퇴직일 다음 날이 속하는 달부터 해당 보상을 받을 권리가 발생한다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 제 14 조의 2 제 1 항, 제 22 조제 4 항 및 제 63 조의 2 제 2 항에 따라 생활조정수당 지급, 교육지원 및 보조금 지급을 신청하는 경우에는 그 신청한 날이 속하는 달부터 해당 보상을 받을 권리가 발생한다. 다만, 제 4 조제 1 항제 4 호 · 제 6 호 또는 제 15 호에 해당하는 사람으로서 전역 · 퇴직 전 제 14 조의 2 제 1 항, 제 22 조제 4 항 및 제 63 조의 2 제 2 항에 따라 생활조정수당 지급, 교육지원 및 보조금 지급을 신청하는 경우에는 전역일 · 퇴직일 다음 날이 속하는 달부터 해당 보상을 받을 권리가 발생한다.
- ③ 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 제 6 조의 2 제 1 항제 1 호부터 제 3 호까지, 제 79 조제 1 항 및 제 2 항의 어느 하나에 해당하게 되면 그 해당되는 사유가 발생한 날이 속하는 달의 다음 달부터 이 법에 따라 보상을 받을 권리가 소멸된다. 이 경우 국가유공자 본인이 제 6 조의 2 제 1 항제 2 호 또는 제 79 조제 1 항에 해당하게 되는 경우에는 그 가족이 보상을 받을 권리도 함께 소멸된다.

- ④ 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따라 보상을 받을 권리가 발생하였던 날로 소급하여 그 권리가 소멸된다. 이 경우 국가유공자 본인이 보상을 받을 권리가 소멸된 경우에는 그의 유족 또는 가족이 보상을 받을 권리도 함께 소멸된다.
 - 1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 등록결정을 받은 사실이 밝혀진 경우
 - 2. 제6조제3항 후단에 따라 소속하였던 기관의 장이 통보한 국가유공자 등의 요건 관련 사실에 중대한 흠결(欠缺)이 있어 국가유공자 등의 등록요건에 해당되지 아니하는 것으로 밝혀진 경우
- ⑤ 국가보훈처장은 제 4 항 각 호의 어느 하나에 해당하는지를 판정할 때에는 그와 관련된 사실을 조사·확인하여 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐야 한다.
- ⑥ 제6조제3항 후단에 따른 소속하였던 기관의 장은 제4항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실을 알게 되면 지체 없이 그 내용을 국가보훈처장에게 통보하여야 한다.

제 10 조(품위유지 의무)

국가유공자, 그 유족 또는 가족은 국가유공자의 품위를 손상하는 행위를 하여서는 아니 된다.

〈장애인 복지법〉

제 2 조(장애인의 정의 등)

- ① “장애인”이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.
- ② 이 법을 적용받는 장애인은 제 1 항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.
 1. “신체적 장애”란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
 2. “정신적 장애”란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.
- ③ “장애인학대”란 장애인에 대하여 신체적·정신적·정서적·언어적·성적 폭력이나 가혹행위, 경제적 착취, 유기 또는 방임을 하는 것을 말한다.
- ④ “장애인학대관련범죄”란 장애인학대로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 말한다.
 1. 「형법」 제 2 편제 24 장 살인의 죄 중 제 250 조(살인, 존속살해), 제 252 조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제 253 조(위계 등에 의한 촉탁살인 등) 및 제 254 조(미수범)의 죄
 2. 「형법」 제 2 편제 25 장 상해와 폭행의 죄 중 제 257 조(상해, 존속상해), 제 258 조(중상해, 존속중상해), 제 258 조의 2(특수상해), 제 259 조(상해치사), 제 260 조(폭행, 존속폭행)제 1 항·제 2 항, 제 261 조(특수폭행) 및 262 조(폭행치사상)의 죄
 3. 「형법」 제 2 편제 28 장 유기와 학대의 죄 중 제 271 조(유기, 존속유기)제 1 항·제 2 항, 제 272 조(영아유기), 제 273 조(학대, 존속학대), 제 274 조(아동혹사) 및 제 275 조(유기등 치사상)의 죄
 4. 「형법」 제 2 편제 29 장 체포와 감금의 죄 중 제 276 조(체포, 감금, 존속체포, 존속감금), 제 277 조(중체포, 중감금, 존속중체포, 존속중감금), 제 278 조(특수체포, 특수감금), 제 280 조(미수범) 및 제 281 조(체포·감금등의 치사상)의 죄
 5. 「형법」 제 2 편제 30 장 협박의 죄 중 제 283 조(협박, 존속협박)제 1 항·제 2 항, 제 284 조(특수협박) 및 제 286 조(미수범)의 죄
 6. 「형법」 제 2 편제 31 장 약취, 유인 및 인신매매의 죄 중 제 287 조(미성년자의 약취, 유인), 제 288 조(추행 등 목적 약취, 유인 등), 제 289 조(인신매매) 및 제 290 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상), 제 291 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인·치사) 및 제 292 조(약취, 유인, 매매, 이송된 사람의 수수·은닉 등) 및 제 294 조(미수범)의 죄
 7. 「형법」 제 2 편제 32 장 강간과 추행의 죄 중 제 297 조(강간), 제 297 조의 2(유사강간), 제 298 조(강제추행), 제 299 조(준강간, 준강제추행), 제 300 조(미수범), 제 301 조(강간 등 상해·치상), 제 301 조의 2(강간등 살인·치사), 제 302 조(미성년자 등에 대한 간음), 제 303 조(업무상위력 등에 의한 간음) 및 제 305 조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄
 8. 「형법」 제 2 편제 33 장 명예에 관한 죄 중 제 307 조(명예훼손), 제 309 조(출판물 등에 의한 명예훼손) 및 제 311 조(모욕)의 죄
 9. 「형법」 제 2 편제 36 장 주거침입의 죄 중 제 321 조(주거·신체 수색)의 죄

10. 「형법」 제 2 편제 37 장 권리행사를 방해하는 죄 중 제 324 조(강요) 및 제 324 조의 5(미수범)(제 324 조의 죄에만 해당한다)의 죄
11. 「형법」 제 2 편제 39 장 사기와 공갈의 죄 중 제 347 조(사기), 제 347 조의 2(컴퓨터등 사용사기), 제 348 조(준사기), 제 350 조(공갈), 제 350 조의 2(특수공갈) 및 제 352 조(미수범)의 죄
12. 「형법」 제 2 편제 40 장 횡령과 배임의 죄 중 제 355 조(횡령, 배임), 제 356 조(업무상의 횡령과 배임) 및 제 357 조(배임수증재)의 죄
13. 「형법」 제 2 편제 42 장 손괴의 죄 중 제 366 조(재물손괴등)의 죄
14. 제 86 조제 1 항·제 2 항, 같은 조 제 3 항제 3 호, 같은 조 제 4 항제 2 호 및 같은 조 제 5 항의 죄
15. 「성매매알선 등 행위의 처벌에 관한 법률」 제 18 조 및 제 23 조(제 18 조의 죄에만 해당한다)의 죄
16. 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제 49 조제 1 항의 죄
17. 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제 70 조제 1 항 및 제 2 항의 죄
18. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제 84 조제 1 호 및 제 11 호의 죄
19. 제 1 호부터 제 18 호까지의 죄로서 다른 법률에 따라 가중처벌되는 죄

제 32 조(장애인 등록)

- ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 “법정대리인등”이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제 2 조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 “등록증”이라 한다)을 내주어야 한다.
- ② 삭제
- ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제 1 항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다.
- ④ 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다.
- ⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.
- ⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제 1 항에 따른 장애인 등록 및 제 3 항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제 4 조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.

[2022년 1월 27일 이전]

⑦ 제 6 항에 따라 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰받은 공공기관은 필요한 경우 심사를 받으려는 본인이나 법정대리인등으로부터 동의를 받아 「의료법」에 따른 의료기관에 그 사람의 해당 진료에 관한 사항의 열람 또는 사본 교부를 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 의료기관은 특별한 사유가 없으면 요청에 따라야 하며, 국가 및 지방자치단체는 예산의 범위에서 공공기관에 제공되는 자료에 대한 사용료, 수수료 등을 지원할 수 있다.

⑧ 제 1 항 및 제 3 항부터 제 7 항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회, 진료에 관한 사항의 열람 또는 사본교부 요청 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다

[2022년 1월 28일 이후]

⑦ 삭제

⑧ 제 1 항 및 제 3 항부터 제 6 항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

〈호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률〉

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “임종과정”이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. “임종과정에 있는 환자”란 제 16 조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1 명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1 명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

- 가. 삭제
- 나. 삭제
- 다. 삭제
- 라. 삭제
- 마. 삭제

4. “연명의료”란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 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 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “호스피스대상환자”라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

- 가. 암
- 나. 후천성면역결핍증
- 다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
- 라. 만성 간경화
- 마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환

7. “담당의사”란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “말기환자등”이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. “연명의료계획서”란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. “사전연명의료의향서”란 19 세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제 15 조(연명의료중단등결정 이행의 대상)

담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단등 결정을 이행할 수 있다.

1. 제 17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우
2. 제 18조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우

제 16 조(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단)

- ① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1 명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 제 25 조에 따른 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하는 말기환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단은 담당의사의 판단으로 갈음할 수 있다.

제 17 조(환자의 의사 확인)

- ① 연명의료중단등결정을 원하는 환자의 의사는 다음 각 호의 어느 하나의 방법으로 확인한다.
 1. 의료기관에서 작성된 연명의료계획서가 있는 경우 이를 환자의 의사로 본다.
 2. 담당의사가 사전연명의료의향서의 내용을 환자에게 확인하는 경우 이를 환자의 의사로 본다. 담당의사 및 해당 분야의 전문의 1 명이 다음 각 목을 모두 확인한 경우에도 같다.
 - 가. 환자가 사전연명의료의향서의 내용을 확인하기에 충분한 의사능력이 없다는 의학적 판단
 - 나. 사전연명의료의향서가 제 2 조제 4 호의 범위에서 제 12 조에 따라 작성되었다는 사실
 3. 제 1 호 또는 제 2 호에 해당하지 아니하고 19세 이상의 환자가 의사를 표현할 수 없는 의학 적 상태인 경우 환자의 연명의료중단등결정에 관한 의사로 보기에 충분한 기간 동안 일관하 여 표시된 연명의료중단등에 관한 의사에 대하여 환자가족(19 세 이상인 자로서 다음 각 목 의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다) 2명 이상의 일치하는 진술(환자가족이 1명인 경우 에는 그 1 명의 진술을 말한다)이 있으면 담당의사와 해당 분야의 전문의 1 명의 확인을 거 쳐 이를 환자의 의사로 본다. 다만, 그 진술과 배치되는 내용의 다른 환자가족의 진술 또는 보건복지부령으로 정하는 객관적인 증거가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.
 - 가. 배우자
 - 나. 직계비속
 - 다. 직계존속
 - 라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매

- ② 담당의사는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호에 따른 연명의료계획서 또는 사전연명의료의향서 확인을 위하여 관리기관에 등록 조회를 요청할 수 있다.
- ③ 제 1 항제 2 호나 제 3 호에 따라 환자의 의사를 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.

제 18 조(환자의 의사를 확인할 수 없는 경우의 연명의료중단등결정)

- ① 제 17 조에 해당하지 아니하여 환자의 의사를 확인할 수 없고 환자가 의사표현을 할 수 없는 의학적 상태인 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 해당 환자를 위한 연명의료중단등결정이 있는 것으로 본다. 다만, 담당의사 또는 해당 분야 전문의 1 명이 환자가 연명의료중단등결정을 원하지 아니하였다는 사실을 확인한 경우는 제외한다.
 - 1. 미성년자인 환자의 법정대리인(친권자에 한정한다)이 연명의료중단등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1 명이 확인한 경우
 - 2. 환자가족 중 다음 각 목에 해당하는 사람(19 세 이상인 사람에 한정하며, 행방불명자 등 대통령령으로 정하는 사유에 해당하는 사람은 제외한다) 전원의 합의로 연명의료중단등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1 명이 확인한 경우
 - 가. 배우자
 - 나. 1 촌 이내의 직계 존속·비속
 - 다. 가목 및 나목에 해당하는 사람이 없는 경우 2 촌 이내의 직계 존속·비속
 - 라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매
- ② 제 1 항제 1 호·제 2 호에 따라 연명의료중단등결정을 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.

제 19 조(연명의료중단등결정의 이행 등)

- ① 담당의사는 제 15 조 각 호의 어느 하나에 해당하는 환자에 대하여 즉시 연명의료중단등결정을 이행하여야 한다.
- ② 연명의료중단등결정 이행 시 통증 완화를 위한 의료행위와 영양분 공급, 물 공급, 산소의 단순 공급은 시행하지 아니하거나 중단되어서는 아니 된다.
- ③ 담당의사가 연명의료중단등결정의 이행을 거부할 때에는 해당 의료기관의 장은 윤리위원회의 심의를 거쳐 담당의사를 교체하여야 한다. 이 경우 의료기관의 장은 연명의료중단등결정의 이행 거부를 이유로 담당의사에게 해고나 그 밖에 불리한 처우를 하여서는 아니 된다.
- ④ 담당의사는 연명의료중단등결정을 이행하는 경우 그 과정 및 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.
- ⑤ 의료기관의 장은 제 1 항에 따라 연명의료중단등결정을 이행하는 경우 그 결과를 지체 없이 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 관리기관의 장에게 통보하여야 한다.

제 20 조(기록의 보존)

의료기관의 장은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 관한 다음 각 호의 기록을 연명의료중단등결정 이행 후 10년 동안 보존하여야 한다.

1. 제 10 조에 따라 작성된 연명의료계획서
2. 제 16 조에 따라 기록된 임종과정에 있는 환자 여부에 대한 담당의사와 해당 분야 전문의 1명의 판단 결과
3. 제 17 조제 1 항제 1 호 및 제 2 호에 따른 연명의료계획서 또는 사전연명의료의향서에 대한 담당의사 및 해당 분야 전문의의 확인 결과
4. 제 17 조제 1 항제 3 호에 따른 환자가족의 진술에 대한 자료·문서 및 그에 대한 담당의사와 해당 분야 전문의의 확인 결과
5. 제 18 조제 1 항제 1 호·제 2 호에 따른 의사표시에 대한 자료·문서 및 그에 대한 담당의사와 해당 분야 전문의의 확인 결과
6. 제 19 조제 4 항에 따라 기록된 연명의료중단등결정 이행의 결과
7. 그 밖에 연명의료중단등결정 및 그 이행에 관한 중요한 기록으로서 대통령령으로 정하는 사항

〈노인장기요양보험법〉

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “노인등”이란 65 세 이상의 노인 또는 65 세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.
2. “장기요양급여”란 제 15 조제 2 항에 따라 6 개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 말한다.
3. “장기요양사업”이란 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담금 등을 재원으로 하여 노인등에게 장기요양급여를 제공하는 사업을 말한다.
4. “장기요양기관”이란 제31 조에 따른 지정을 받은 기관으로서 장기요양급여를 제공하는 기관을 말한다.
5. “장기요양요원”이란 장기요양기관에 소속되어 노인등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 수행하는 자를 말한다.

제 15 조(등급판정 등)

- ① 공단은 제 14 조에 따른 조사가 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.
- ② 등급판정위원회는 신청인이 제 12 조의 신청자격요건을 충족하고 6 개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.
- ③ 등급판정위원회는 제2 항에 따라 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족, 의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들을 수 있다.
- ④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제 14 조제 1 항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.
 1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
 2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우
- ⑤ 등급판정위원회는 제 4 항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제 2 항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다.

제 23 조(장기요양급여의 종류)

- ① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.
 1. 재가급여

- 가. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
 - 나. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
 - 다. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
 - 라. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 - 마. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 - 바. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것
2. 시설급여 : 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
3. 특별현금급여
- 가. 가족요양비 : 제 24 조에 따라 지급하는 가족장기요양급여
 - 나. 특례요양비 : 제 25 조에 따라 지급하는 특례장기요양급여
 - 다. 요양병원간병비 : 제 26 조에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여
- ② 제 1 항 제 1 호 및 제 2 호에 따라 장기요양급여를 제공할 수 있는 장기요양기관의 종류 및 기준과 장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위·업무·보수교육 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- ③ 장기요양급여의 제공 기준·절차·방법·범위, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제 29 조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제 15 조 제 4 항에 따른 조사나 제 60 조 또는 제 61 조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1 년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제 2 항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

〈노인장기요양보험법 시행령〉

제 2 조(노인성 질병)

노인장기요양보험법(이하 "법"이라 한다) 제 2 조제 1 호에서 "대통령령으로 정하는 노인성 질병"이란 별표 1 에 따른 질병을 말한다.

[별표 1]

노인성 질병의 종류(제 2 조 관련)

구분	질병명	질병코드
한국표준질병 ·사인분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00*
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02*
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30
	바. 지주막하출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	카. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	타. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	거. 뇌혈관질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨병	G20
	더. 이차성 파킨슨증	G21
	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22*
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	버. 중풍후유증	U23.4
	서. 진전(震顫)	R25.1
	어. 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
	저. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13*
	처. 다발경화증	G35

비고

1. 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제 22 조에 따라 고시된 한국표준질병·사인분류에 따른다.

2. 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

〈금융소비자 보호에 관한 법률〉

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “금융상품”이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 가. 「은행법」에 따른 예금 및 대출
 - 나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자상품
 - 다. 「보험업법」에 따른 보험상품
 - 라. 「상호저축은행법」에 따른 예금 및 대출
 - 마. 「여신전문금융업법」에 따른 신용카드, 시설대여, 연불판매, 할부금융
 - 바. 그 밖에 가목부터 마목까지의 상품과 유사한 것으로서 대통령령으로 정하는 것
2. “금융상품판매업”이란 이익을 얻을 목적으로 계속적 또는 반복적인 방법으로 하는 행위로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 업(業)을 말한다. 다만, 해당 행위의 성격 및 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 금융상품판매업에서 제외할 필요가 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것은 제외한다.
 - 가. 금융상품직접판매업: 자신이 직접 계약의 상대방으로서 금융상품에 관한 계약의 체결을 영업으로 하는 것 또는 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제 6 조제 3 항에 따른 투자중개업
 - 나. 금융상품판매대리·중개업: 금융상품에 관한 계약의 체결을 대리하거나 중개하는 것을 영업으로 하는 것
3. “금융상품판매업자”란 금융상품판매업을 영위하는 자로서 대통령령으로 정하는 금융 관계 법률(이하 “금융관계법률”이라 한다)에서 금융상품판매업에 해당하는 업무에 대하여 인허가 또는 등록을 하도록 규정한 경우에 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 한 자(금융관계법률에서 금융상품판매업에 해당하는 업무에 대하여 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 하지 아니하여도 그 업무를 영위할 수 있도록 규정한 경우에는 그 업무를 영위하는 자를 포함한다) 및 제 12 조제 1 항에 따라 금융상품판매업의 등록을 한 자를 말하며, 다음 각 목에 따라 구분한다.
 - 가. 금융상품직접판매업자: 금융상품판매업자 중 금융상품직접판매업을 영위하는 자
 - 나. 금융상품판매대리·중개업자: 금융상품판매업자 중 금융상품판매대리·중개업을 영위하는 자
4. “금융상품자문업”이란 이익을 얻을 목적으로 계속적 또는 반복적인 방법으로 금융상품의 가치 또는 취득과 처분결정에 관한 자문(이하 “금융상품자문”이라 한다)에 응하는 것을 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것은 제외한다.
 - 가. 불특정 다수인을 대상으로 발행되거나 송신되고, 불특정 다수인이 수시로 구입하거나 수신할 수 있는 간행물·출판물·통신물 또는 방송 등을 통하여 조언을 하는 것

- 나. 그 밖에 변호사, 변리사, 세무사가 해당 법률에 따라 자문업무를 수행하는 경우 등 해당 행위의 성격 및 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 금융상품자문업에서 제외할 필요가 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것
5. “금융상품자문업자”란 금융상품자문업을 영위하는 자로서 금융관계법률에서 금융상품자문업에 해당하는 업무에 대하여 인허가 또는 등록을 하도록 규정한 경우에 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 한 자 및 제 12 조제 1 항에 따라 금융상품자문업의 등록을 한 자를 말한다.
6. “금융회사”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 회사를 말한다.
- 가. 「은행법」에 따른 은행(「중소기업은행법」 제 3 조제 3 항, 「한국산업은행법」 제 3 조제 1 항, 「신용협동조합법」 제 6 조제 3 항, 「농업협동조합법」 제 161 조의 11 제 8 항, 「수산업협동조합법」 제 141 조의 4 제 2 항, 「상호저축은행법」 제 36 조제 4 항에 따라 「은행법」의 적용을 받는 중소기업은행, 한국산업은행, 신용협동조합중앙회의 신용사업 부문, 농협은행, 수협은행 및 상호저축은행중앙회를 포함한다. 이하 같다)
 - 나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제 8 조에 따른 투자매매업자, 투자중개업자, 투자자문업자, 투자일임업자, 신탁업자 또는 같은 법 제 336 조에 따른 종합금융회사
 - 다. 「보험업법」에 따른 보험회사(「농업협동조합법」 제 161 조의 12 제 1 항에 따른 농협생명보험 및 농협손해보험을 포함한다. 이하 같다)
 - 라. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행
 - 마. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
 - 바. 그 밖에 가목부터 마목까지의 자와 유사한 자로서 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 대통령령으로 정하는 자
7. “금융회사등”이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.
- 가. 금융회사
 - 나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제 51 조제 9 항에 따른 투자권유대행인
 - 다. 「보험업법」 제 2 조제 9 호에 따른 보험설계사
 - 라. 「보험업법」 제 2 조제 10 호에 따른 보험대리점
 - 마. 「보험업법」 제 2 조제 11 호에 따른 보험중개사
 - 바. 「여신전문금융업법」 제 2 조제 16 호에 따른 겸영여신업자
 - 사. 「여신전문금융업법」 제 14 조의 2 제 1 항제 2 호에 따른 모집인
 - 아. 그 밖에 가목부터 사목까지의 자와 유사한 자로서 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 대통령령으로 정하는 자
8. “금융소비자”란 금융상품에 관한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약 받는 것(이하 “금융상품계약체결등”이라 한다)에 관한 금융상품판매업자의 거래상대방 또는 금융상품자문업자의 자문업무의 상대방인 전문금융소비자 또는 일반금융소비자를 말한다.
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」 제 9 조제 15 항제 3 호에 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

10. “일반금융소비자”란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제 42 조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 “소액분쟁사건”이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제 36 조제 6 항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제 36 조제 3 항에 따라 서면통지를 받거나 제 36 조제 5 항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것

2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2 천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제 47 조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제 17 조제 3 항, 제 18 조제 2 항, 제 19 조제 1 항·제 3 항, 제 20 조제 1 항 또는 제 21 조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5 년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10 일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제 1 항부터 제 3 항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

〈금융소비자 보호에 관한 법률 시행령〉

제 38 조(위법계약의 해지)

- ① 법 제 47 조제 1 항 전단에서 “대통령령으로 정하는 금융상품”이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.
- ② 법 제 47 조제 1 항 전단에서 “대통령령으로 정하는 기간”이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1 년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5 년 이내의 범위에 있어야 한다.
- ③ 금융소비자는 법 제 47 조제 1 항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.
- ④ 법 제 47 조제 2 항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
 1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
 2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
 3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
 4. 그 밖에 제 1 호부터 제 3 호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우
- ⑤ 제 1 항부터 제 4 항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

〈통계법〉

제 18 조(통계작성의 승인)

- ① 통계작성기관의 장은 새로운 통계를 작성하고자 하는 경우에는 그 명칭, 종류, 목적, 조사대상, 조사방법, 통계표 서식, 조사사항의 성별구분 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 미리 통계청장의 승인을 받아야 한다. 승인을 받은 사항을 변경하거나 승인을 받은 통계의 작성을 중지하고자 하는 경우에도 또한 같다.
- ② 통계작성기관의 장은 제 1 항에 따른 승인을 받거나 제 20 조에 따른 협의를 거치기 전에 행정자료를 활용한 통계의 작성이 가능한 것인지 여부를 미리 판단하여야 한다. 이 경우 통계작성기관의 장은 이에 대한 판단을 통계청장에게 의뢰할 수 있다.
- ③ 통계청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제 1 항에 따른 승인을 하지 아니할 수 있다.
 - 1. 이미 승인을 받은 다른 통계와 조사 또는 보고의 대상·목적 및 방법 등 그 내용이 동일 또는 유사하다고 인정되는 경우
 - 2. 표본규모가 지나치게 작거나 검증된 통계작성기법을 사용하지 아니하여 통계의 신뢰성을 확보할 수 없다고 인정되는 경우
 - 3. 조사 또는 보고의 대상 또는 목적 등이 특정 이익집단 또는 특정부문에 편중되거나 영리적인 목적으로 작성되는 등 공공의 이익을 목적으로 작성된다고 보기 어려운 경우
- ④ 통계청장은 제 1 항에 따른 승인을 한 때에는 이를 고시하여야 한다. 이 경우 승인을 한 통계의 명칭, 통계작성기관의 명칭 등 고시에 포함되어야 할 사항은 대통령령으로 정한다.

〈자동차관리법 시행규칙〉

제 2 조(자동차의 종별 구분)

법 제 3 조제 2 항 및 제 3 항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1 과 같이 구분한다.

[별표 1] 자동차의 종류

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용 자동차	배기량이 250 시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15 킬로와트) 이하이고, 길이 3.6 미터·너비 1.5 미터·높이 2.0 미터 이하인 것	배기량이 1,000 시시 미만이고, 길이 3.6 미터·너비 1.6 미터·높이 2.0 미터 이하인 것	배기량이 1,600 시시 미만이고, 길이 4.7 미터·너비 1.7 미터·높이 2.0 미터 이하인 것	배기량이 1,600 시시 이상 2,000 시시 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000 시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합 자동차	배기량이 1,000 시시 미만이고, 길이 3.6 미터·너비 1.6 미터·높이 2.0 미터 이하인 것		승차정원이 15 인 이하이고, 길이 4.7 미터·너비 1.7 미터·높이 2.0 미터 이하인 것	승차정원이 16 인 이상 35 인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9 미터 미만인 것	승차정원이 36 인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9 미터 이상인 것
화물 자동차	배기량이 250 시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15 킬로와트) 이하이고, 길이 3.6 미터·너비 1.5 미터·높이 2.0 미터 이하인 것	배기량이 1,000 시시 미만이고, 길이 3.6 미터·너비 1.6 미터·높이 2.0 미터 이하인 것	배기량이 1,000 시시 미만이고, 길이 3.6 미터·너비 1.6 미터·높이 2.0 미터 이하인 것	최대적재량이 1 톤 이하이고, 총중량이 3.5 톤 이하인 것	최대적재량이 1 톤 초과 5 톤 미만이거나, 총중량이 3.5 톤 초과 10 톤 미만인 것

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
특수 자동 차	배기량이 1,000 시시 미만이고, 길이 3.6 미터·너비 1.6 미터·높이 2.0 미터 이하인 것		총중량이 3.5 톤 이하인 것	총중량이 3.5 톤 초과 10 톤 미 만인 것	총중량이 10 톤 이상인 것
이륜 자동 차	배기량이 50 시시 미만(최고정격출 력 4 킬로와트 이하)인 것		배기량이 100 시시 이하(최고 정격출력 11 킬 로와트 이하)인 것	배기량이 100 시시 초과 260 시시 이하(최고 정격출력 11 킬 로와트 초과 15 킬로와트 이하) 인 것	배기량이 260 시시(최고정격출 력 15 킬로와트) 를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

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

※ 비고

1. 위 표 제 1 호 및 제 2 호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
 - 가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2 제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5 제곱미터 이상, 그 밖에 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 1 제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1 에 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 칸막이벽을 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. 법 제 3 조제 1 항제 5 호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
 - 1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 - 2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 - 3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
2. 위 표 제 1 호에 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」 제 2 조제 5 호에 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.