

(무) 메리츠 또 걸려도 또 받는 암보험²⁵¹¹(갱신타입)

meritz 메리츠화재

보험약관

판매버전 1.0

판매개시 2025. 11. 3

※ 본 약관은 관계 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.



개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문

개인신용정보는 반드시 고객님의 동의를 얻은 후 타인에게 제공 및 활용하고 있습니다.
고객님께서서는 제공된 정보의 열람을 청구할 수 있으며, 활용 중단을 신청할 수 있습니다.

1. 금융서비스의 이용

고객의 개인신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제후회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의여부와 관계없이 이용할 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제후·부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 고객 개인신용정보의 제공·활용 중단 신청

가. 신용정보 이용 및 제공사실의 조회 요구

고객은 「신용정보법」 제35조에 따라 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 마케팅 목적으로 이용·제공한 경우 이용·제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

- 신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보법」 제36조에 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 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인 정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

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

- 신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

- **신청자 제한** : 마케팅 목적의 이용·제공 동의철회는 즉시 가능하며, 단, 보험계약 체결·유지·관리 이행을 위한 동의는 체결 계약의 유지·관리를 위한 필수 동의사항으로 사안에 따라 철회가 불가할 수도 있습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 「신용정보법」 제38조에 따라 금융회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

- 신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보법」 제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처

- NICE신용평가정보(주) - 전화 : 02-2122-4000, 홈페이지 : <http://www.nice.co.kr>
- SCI평가정보(주) - 전화 : 02-3445-5000, 홈페이지 : <http://www.sci.co.kr>
- 코리아크레딧뷰로(주) - 전화 : 02-708-6000, 홈페이지 : <http://www.kcb4u.com>

바. 본인정보의 삭제 요구

고객은 「신용정보법」 제38조의3에 따라 보험거래종료 후 5년 경과한 경우 본인정보를 삭제요구 하실 수 있습니다.

- * 보험거래종료일은 1) 보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 2) 보험금 청구권 소멸시효 완성일, 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다.
- * 다만, 만기 등 사유발생일 이후라도 만기환급금 또는 해약환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아 있는 경우, 보험금 지급이 진행중이거나 수사·소송이 진행중인 경우 거래종료에 해당하지 않습니다.

- 신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com> > 본인인증센터 > 개인정보보호 > 개인신용정보관리

3. 본인정보 유출시 피해 보상

고객은 금융회사의 귀책사유로 인한 본인정보 유출로 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받을 수 있습니다.

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

- 연락처

- 당사 개인신용정보보호 담당자 : 02-3786-2551 / 서울시 강남구 강남대로 382
- 손해보험협회 개인신용정보보호 담당자 : 02-3702-8500 / 서울 종로구 종로5길 68, 6층
- 금융감독원 개인신용정보보호 담당자 : 금융민원센터 1332 / 서울특별시 영등포구 여의대로 38

메리츠금융그룹 고객정보 취급방침

메리츠금융그룹을 아끼고 사랑해 주시는 고객여러분께 깊은 감사를 드립니다.

메리츠금융그룹은 금융지주회사법령에 의해 그룹사간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되어 있습니다. 이에 다음과 같이 안내하여 드리오니 참고하시기 바랍니다.

■ 금융지주회사법 제48조의2(고객정보의 제공 및 관리)

- ① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조제1항 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조·제33조에도 불구하고 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료(이하 “금융거래정보”라 한다) 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보(이하 “개인신용정보”라 한다)를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위원회가 정하는 방법과 절차(이하 “고객정보제공절차”라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.
 1. 제공할 수 있는 정보의 범위
 2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
 3. 고객정보의 분리 보관
 4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
 5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제
 6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항
- ② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 “증권총액정보등”이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.
 1. 예탁한 금전의 총액
 2. 예탁한 증권의 총액
 3. 예탁한 증권의 종류별 총액
 4. 채무증권의 종류별 총액
 5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
 6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 **메리츠금융그룹**은 메리츠금융지주회사를 중심으로 고객정보를 그룹사간에 제공 및 이용하기 위하여 「고객정보 취급방침」을 제정·운영하고 있습니다.

이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편함을 해소하고 더욱 더 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것이며 만에 하나 발생할지도 모르는 부작용을 방지하기 위하여 다음과 같이 제공되는 정보의 종류 및 제공처를 한정하고, 정보의 엄격한 관리를 위한 제도를 마련하였습니다.

I. 제공되는 고객정보의 종류

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보
3. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 매매하고자 하는 위탁자가
예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 목에 해당하는 정보
 - 가. 예탁한 금전의 총액
 - 나. 예탁한 증권의 총액
 - 다. 예탁한 증권의 종류별 총액
 - 라. 채무증권의 종류별 총액
 - 마. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별
총액
 - 바. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

II. 고객정보의 제공처

메리츠금융그룹 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 메리츠금융지주회사, 메리츠화재, 메리츠증권, 메리츠캐피탈, 메리츠대체투자운용입니다.

III. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

메리츠금융그룹에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리·감독 하에 이루어지도록 하였습니다.

- ① 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부 경영관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.
- ② 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도하도록 하였습니다.
- ③ 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.
- ④ 고객정보의 요청 및 제공시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후 요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다. (단, 금융지주회사감독규정에서 정한 고객정보관리인의 승인 의무를 적용받지 않는 사항은 제외)
- ⑤ 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 만전을 기하였습니다.
- ⑥ 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 제·개정시 2개 이상의 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함) 그리고 각 그룹사 홈페이지 등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.
- ⑦ 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적절한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받으실 수 있도록 하였습니다.
- ⑧ 고객정보 제공 및 관리에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송·수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격·침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에게 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

메리츠금융그룹은 그룹사간 고객정보의 제공 및 이용을 허용한 것이 금융서비스의 질을 높이고, 나아가 우리나라 금융 산업을 선진화시키기 위한 초지임을 명심하고 고객정보의 교류를 토대로 고객 여러분들께 보다 편리하고 질 높은 선진 금융서비스를 제공할 것을 약속드리며, 고객 여러분의 고객정보의 보호 및 엄격한 관리를 위해 최선을 다할 것입니다.

메리츠금융그룹

메리츠금융지주
메리츠화재
메리츠증권
메리츠캐피탈
메리츠대체투자운용

고객정보관리인
고객정보관리인
고객정보관리인
고객정보관리인
고객정보관리인

보험금 지급절차 안내장

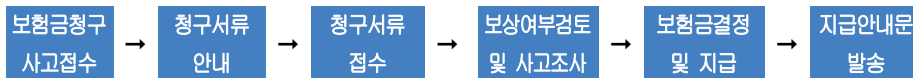
■ 보험금 청구 관련 안내

- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우엔 위임장 없이 친권자(부모) 계좌로 수령이 가능합니다.
- 상기 서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.
- 보험금 청구서류는 「보험금 청구서류 안내장」을 참조하기 바랍니다.

■ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 메리츠화재보험회사에 접수되는 경우 보상처리 담당자가 지정되며 SMS를 통해 담당자 성명과 연락처가 통보됩니다.
- 서류발송 전 문의사항 및 보상담당 부서, 담당자 연락처 등은 당사 고객센터(TEL: 1566-7711)로 문의하시기 바랍니다.
(상담가능시간: 09시~18시)

[보험금 지급절차]



■ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
(손해사정법인: 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체)
- 회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 **메리츠화재보험회사**가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담합니다.

■ 의료심사

- 상해·질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며 이 경우 비용은 메리츠화재보험회사가 부담합니다.

■ 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용) 등

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 **비례보상원칙**을 적용하여 **보험금을 지급**할 수 있습니다.
- 비례보상과 관련하여 귀하가 원하실 경우 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 **청구 관련 구비서류 제출**을 대행해드립니다. 이 경우 타회사에 자료제공을 위한 **개인정보 활용**에 동의하셔야 합니다.

■ 보험금 지급 안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 사고 접수 시 통보하여 주신 주소로 **보험금지급안내문**이 발송 됩니다.
- 메리츠화재보험회사 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하시면 **계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역**을 확인하실 수 있습니다. (공동인증서가 있는 경우에만 홈페이지를 통한 확인이 가능합니다)

■ 장해진단서 제출시 유의 사항

- 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 **3차 의료기관에서 진단을 요청**드리며 병원 진단전에 보상담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
(3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)

■ 보험금 청구 소멸시효

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

■ 재심사 청구

- 메리츠화재보험회사의 **보험금 불지급 결정** 및 **보험금 결정액에 동의** 하신지 않는 경우 메리츠화재보험회사 소비자

보호센터로 통보하시면 **재심사를 받으실 수 있습니다.**

- ✓ 인터넷 접수: 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하여 신청
- ✓ 전화 상담: 1566-7711(ARS 5번 → 재심사청구문의)

안내말씀

귀하께서는 저희 메리츠화재해상보험주와 보험계약을 체결하셨습니다.

현대 사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제 제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임직원 모두가 깊이 감사드립니다.

유의사항

특별약관은 보험 증권에 명기된 것에 한하여 보장됩니다.

보험품질보증제 시행

저희 회사에서는 보험계약시 청약서 자필서명, 약관 및 청약서 부분전달, 상품의 주요내용 설명을 이행하지 아니하였을 경우 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 이의를 제기하시고 그 사실이 인정되면 납입하신 보험료와 청약일로부터 실제 지급일까지의 경과기간에 대한 보험계약대출이율을 더한 금액을 환불하여 드립니다.

보험관련 민원상담 및 분쟁조정 안내

보험계약, 보상 관련 및 보험금 지급 등에 관하여 불만사항이 있으실 경우, 저희 회사에 이의를 제기하여 주시면, 신속하고 정확하게 처리하도록 하겠습니다. 감사합니다.

*전화 : 메리츠화재 민원상담 02-6464-3535(3522)

*홈페이지 : www.meritzfire.com > 소비자보호광장



보험 주요 민원 사례



알릴 의무

P씨는 대수롭지 않은 치료라는 생각으로 가입 전 병원 진료에 대해 알리지 않고 가입하였다가 추후 보상시 면책 안내되어 불만 제기

유의 사항

계약전 알릴의무는 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무사항으로 임의 판단으로 누락시에는 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다

자필서명 미이행

A씨는 지인인 B설계사의 설명을 듣고 남편을 피보험자로 하여 보험가입을 원했으나 남편 설득이 여의치 않자 A씨가 피보험자 서명을 대필하여 보험가입하였고 추후 보상시 문제가 될 수 있다는 내용을 인지하고 불만 제기

유의 사항

피보험자의 서면동의를 받지 않으면 보상시 불이익이 있을 수 있으므로, 반드시 피보험자의 동의를 받으셔야 합니다

주요설명 미이행

P씨는 갱신 담보 보험료 인상에 대한 설명을 듣지 못했는데 과도하게 인상됐다고 불만 제기

유의 사항

갱신허특약의 보험료는 갱신도래시 연령증가, 손해율, 의료수가 상승 등에 따라 일반적으로 증가 할 수 있습니다. 가입 전 고객님의 안내드리는 가입설계서 상의 갱신허특약 예상보험료는 가입시점 기준으로 고객님의 이해를 돕기위한자료임으로 가입전 참고해 주시기 바랍니다.



계약 유지

K씨는 설계사에게 피보험자 변경을 해달라고 말해놓고 잊고 있었다가 추후 누락된 사실을 인지하고 불만 제기

유의 사항

계약의 변경은 반드시 서면으로 요청하셔야 하며, 변경 내용에 대해 증권 또는 배서승인서 등을 통해 확인하셔야 합니다.



K씨는 직업이 변경되어 보험사에 통지하였으나 직업의 위험도가 변경되어 현재 계약의 보험료 및 담보가 변경됨을 안내받고 불만 제기

유의 사항

표준약관(상해보험 계약 후 알릴의무)에 근거하여 직업 급수(위험도)에 따라 보험료의 증액을 청구하거나 계약의 해지 등 가입조건이 변경될 수 있습니다

민원사례를 꼼꼼히 읽고
유의사항을 명심하세요~!



약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book

※ 同 guidebook은 보험규정의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고, 소비자 관점에서 약관 주요 내용 등을 쉽게 찾고 이해할 방법을 안내하는 그것으로 함



1

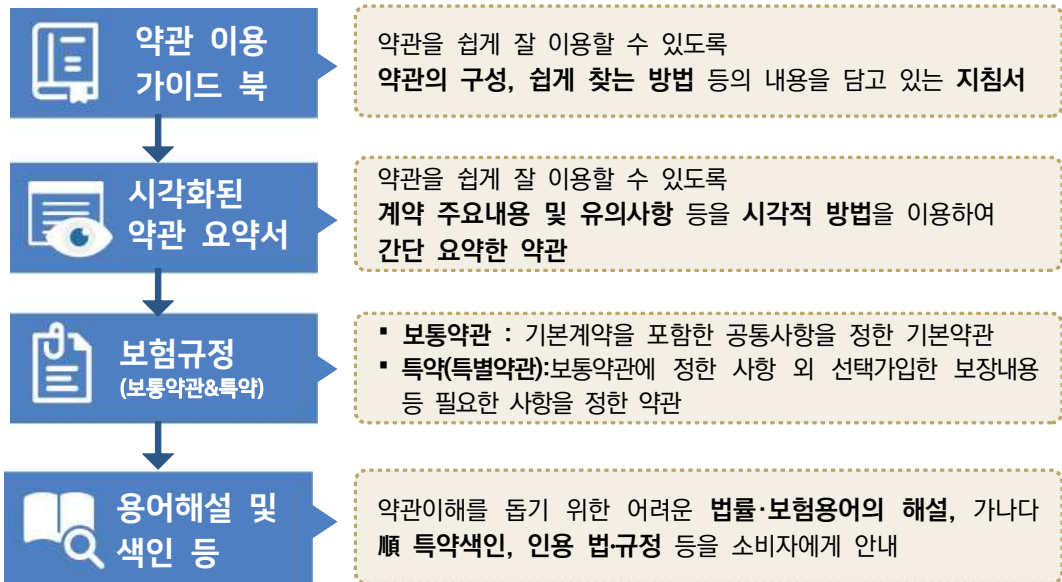
보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

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

2

한눈에 보는 약관의 구성



3

QR코드를 통한 편리한 정보이용



QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면
상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상



보험금 지급절차



전국 지점



4

약관의 핵심 체크항목 쉽게찾기(보통약관기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 **해당 조문, 쪽수 및 영상자료** 등을 안내드리오니, 보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 **확인·숙지**하시기 바랍니다.

1 보험금 지급 및 지급제한 사항

제3조(보험금의 지급사유),
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

P62
P62



1. 보험금 지급

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

2 청약철회

제19조(청약의 철회)

P68



2. 청약철회

3 계약취소

제20조(약관교부 및 설명의무 등)

P68



3. 계약취소

4 계약 무효

제21조(계약의 무효)

P69



4. 계약무효

5 알릴 의무 및 위반 효과

제15조(계약 전 알릴 의무),
제16조(알릴 의무 위반의 효과)

P66
P66



5. 계약전알림의무

6 계약後 알릴 의무 및 위반 효과

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무),
제5조(알릴 의무 위반의 효과)
* 상해 관련 특별약관

P62
P62



6. 계약후알림의무

7 보험료 연체 및 해지

제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

P75



7. 보험료연체해지

8 부활(효력회복)

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

P75



8. 부활

9 해약환급금

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회),
제38조(해약환급금)

P76
P77



9. 해지환급금

10 보험계약대출

제39조(보험계약대출)

P78



10. 보험계약대출

5

약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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

1 시각화된 ' 약관 요약서 '를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	➔	약관 요약서 P14
2 ' 약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기 '를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	➔	핵심 체크항목 P11
3 ' 가나다 順 특약색인(索引) '을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. *보통약관에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있음	➔	특약 색인 P789
4 약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설 , 약관 본문 Box안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	➔	용어 해설 P56
5 스마트폰으로 QR코드 를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다.	➔	QR 코드 P10
6 ' 인용 법규정 '항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	➔	인용 법규정 P588
7 약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.		

6

기타문의 사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지**(www.meritzfire.com), **고객 콜센터**(1566-7711)로 문의 가능

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

쉽게 이해하는 약관 요약서

I 보험계약의 개요

II 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

III 보험계약의 일반사항



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

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

I 보험계약의 개요

- 보험 회사명: 메리츠화재
- 보험상품명: 무배당 메리츠 또 걸려도 또 받는 암보험2511(갱신형)
- 보험상품의 종목: 질병보험

1. 상품의 주요 특징

피보험자의 신체

개인이 부담하는
각종 비용손해

2. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 메리츠 또 걸려도 또 받는 암보험2511(갱신형)

- ① 무배당 : 계약자에게 배당하지 않는 상품입니다.
- ② 암보험 : 암 진단 위험을 보장받을 수 있는 상품입니다.



보장성보험

[사망, 상해, 질병 등]



보험료 갱신형



해약환급금 미지급형

[계약을 해지할 경우 해약환급금이 없거나 일반상품보다 적을 수 있음]



예금자 보호

II 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

1. 보험금 지급제한사항



주의

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

더욱 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

▶ 면책기간/감액지급

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
갱신형 암종별(30종) 통합암진단비 (유사암제외)	입술, 혀 및 구강암	90일	-
	주치샘, 편도, 인두 및 구강기타암	90일	-
	특정소화기암II	90일	-
	위암	90일	-
	결장암	90일	-
	직장암	90일	-
	간 및 간내 담관암	90일	-
	췌장암	90일	-
	특정호흡기 및 흉곽내기관의 암	90일	-
	폐암	90일	-
	뼈 및 관절연골암	90일	-
	피부의 악성흑색종	90일	-
	중피성 및 연조직암	90일	-
	자궁체부 및 특정여성생식기암	90일	-
	난소암	90일	-
	특정남성생식기관암	90일	-
	비뇨기관 (신장, 방광, 요관) 암	90일	-
	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 암	90일	-
	부신 및 기타내분비선암	90일	-

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
갱신형 암종별(30종) 통합암진단비 (유사암제외)	4대특정암	90일	-
	호지킨림프종	90일	-
	특정비호지킨림프종	90일	-
	비소포성림프종	90일	-
	T/NK세포림프종	90일	-
	악성면역증식성질환	90일	-
	골수형성이상증후군	90일	-
	골수증식성질환	90일	-
	백혈병 및 전이암	90일	-
	유방 및 전립선암	90일	가입금액의 50%
	외음, 질 및 자궁경부암	90일	가입금액의 50%
갱신형 암종별(30종) 통합암진단비 (전이포함) (유사암제외)	입술, 혀 및 구강암	90일	-
	주침샘, 편도, 인두 및 구강기타암	90일	-
	특정소화기암Ⅱ(전이포함)	90일	-
	위암(전이포함)	90일	-
	결장암(전이포함)	90일	-
	직장암(전이포함)	90일	-
	간 및 간내 담관암(전이포함)	90일	-
	췌장암(전이포함)	90일	-
	특정호흡기 및 흉곽내기관의 암	90일	-
	폐암(전이포함)	90일	-
	뼈 및 관절연골암	90일	-
	피부의 악성흑색종	90일	-
	중피성 및 연조직암	90일	-
	자궁체부 및 특정여성생식기암	90일	-
	난소암(전이포함)	90일	-
	특정남성생식기암	90일	-
	비뇨기관 (신장, 방광, 요관) 암(전이포함)	90일	-
	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 암	90일	-

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
갱신형 암종별(30종) 통합암진단비 (전이포함) (유사암제외)	부신 및 기타내분비선암	90일	-
	4대특정암	90일	-
	호지킨림프종	90일	-
	특정비호지킨림프종	90일	-
	비소포성림프종	90일	-
	T/NK세포림프종	90일	-
	악성면역증식성질환	90일	-
	골수형성이상증후군	90일	-
	골수증식성질환	90일	-
	백혈병	90일	-
	유방 및 전립선암(전이포함)	90일	가입금액의 50%
	외음, 질 및 자궁경부암	90일	가입금액의 50%
갱신형 통합 전이암진단비	림프절전이암 (암(유사암제외))	90일	가입금액의 50%
	림프절전이암 (기타피부암 및 갑상선암)	90일	가입금액의 50%
	특정전이암 (암(유사암제외))	90일	가입금액의 50%
	특정전이암 (기타피부암 및 갑상선암)	90일	가입금액의 50%
	갱신형 암 내시경검사비(급여, 연간1회한)	-	가입금액의 50%
갱신형 특정NGS유전자패널검사비(급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비 (급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 특정생검조직병리검사비Ⅱ (급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 CT촬영검사비 (급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 초음파검사비 (급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 특정단일유전자검사비 (급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 만성간염(B, C형)진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 자궁경부원추형절제술치료비 (급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 크론병 및 궤양성대장염진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 4대양성종양진단비		-	가입금액의 50%

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종) (급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50% (단, 90일 경과시점 전일이전은 가입금액의 10%)
갱신형 항암중입자방 사선치료비	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	기타피부암 및 갑상선암	-	
갱신형 대장용종제거수술비(급여, 용종 개수당)		-	가입금액의 50% (단, 90일 경과시점 전일이전은 가입금액의 10%)
갱신형 특정중등도 이상자궁경부이형성증진단비		90일	가입금액의 50%
갱신형 16대특정암진단비		90일	-
갱신형 5대고액치료비암진단비		90일	-
갱신형 재진단암진단비(2년대기형)		90일	-
갱신형 재진단암진단비(5년대기형, 기타피부암, 갑상선암및전립선암포함)		90일	-
갱신형 재진단암진단비 (5회한, 1년대기형, 기타피부암, 갑상선암및전립선암포함)		90일	-
갱신형 재발암 및 잔여암진단비 (2년대기형)(최초1회한)		90일	-
갱신형 유사암진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 유사암진단비II		90일	가입금액의 50%
갱신형 중증갑상선암진단비		90일	가입금액의 50%
갱신형 매월 계속암치료비		90일	-
갱신형 갑상선암 및 기타피부암의 전이암 (림프절 등 전이제외)진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 갑상선암(초기제외)진단비		90일	가입금액의 50%
갱신형 암수술비(유사암제외)		90일	가입금액의 50%
갱신형 암수술비(유사암제외)(25%체증형)		90일	가입금액의 50%
갱신형 유사암수술비		-	가입금액의 50%
갱신형 유사암수술비(25%체증형)		-	가입금액의 50%
갱신형 뇌정위적방사선수술비(급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급	
갱신형 다빈치로봇 암수술비	암 (특정암제외)	90일	가입금액의 50% (단, 180일 경과시점 전일 이전은 가입금액의 25%)	
	특정암 (갑상선암, 전립선암)	90일	가입금액의 50% (단, 180일 경과시점 전일 이전은 가입금액의 25%)	
갱신형 항암방사선 약물치료비	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%	
	기타피부암, 갑상선암	-	가입금액의 10%	
갱신형 통합항암 방사선약물치료비 (최대8회한)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%	
	기타피부암 및 갑상선암	-	가입금액의 50%	
갱신형 계속받는 항암방사선약물치 료비(급여)(연간1 회한)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%	
	기타피부암, 갑상선암	-	가입금액의 10%	
갱신형 계속받는 통합항암 방사선약물치료비 (연간 최대8회한)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%	
	기타피부암 및 갑상선암	-	가입금액의 50%	
갱신형 26종 항암방사 선및약물 치료비(전이포함) (유사암 제외)	항암 방사선치 료 /항암 약물치료	두경부암	90일	가입금액의 50%
		위암과 식도암(전이포함)		
		하부위장관 및 가astrointestinal(전이포함)		
		간담체암(전이포함)		
		폐암(전이포함)		
		기타 호흡기 및 흉곽암(전이포함)		
		유방암 및 전립선암(전이포함)		
		생식기관암(전이포함)		
		신장요로암과 방광암(전이포함)		
		뇌 및 중추신경계암과 안암(전이포함)		
		혈액암		
		기타 특정암(전이포함)		
		림프절 전이암		
갱신형 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선약물치 료비	기타피부암	-	가입금액의 50%	
	갑상선암	-	가입금액의 50%	

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
갱신형 표적항암약물허가 치료비II, 갱신형 계속받는 표적항암약물허가 치료비II(연간1회 한)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	기타피부암, 갑상선암	-	가입금액의 50%
갱신형 표적항암약물허가 치료비II(비급여), 갱신형 계속받는 표적항암약물허가 치료비II(연간1회 한)(비급여)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	기타피부암 및 갑상선암	-	가입금액의 50%
갱신형 특정면역항암 약물허가치료비, 갱신형 계속받는 특정면역항암 약물허가치료비 (연간1회한)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	기타피부암 및 갑상선암	-	가입금액의 50%
갱신형 항암양성자 방사선치료비	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50% (단, 180일 경과시점 전일 이전은 가입금액의 25%)
	기타피부암 및 갑상선암	-	가입금액의 50% (단, 180일 경과시점 전일 이전은 가입금액의 25%)
갱신형 항암세기조절 방사선치료비	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50% (단, 180일 경과시점 전일 이전은 가입금액의 25%)
	기타피부암 및 갑상선암	-	가입금액의 50% (단, 180일 경과시점 전일 이전은 가입금액의 25%)
갱신형 특정호르몬 약물허가치료비	특정항암	90일	가입금액의 50%
	갑상선암수술후	-	가입금액의 50%
갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)		90일	가입금액의 50%

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
갱신형 암직접치료통원일 당 (상급종합병원)	암(유사암제외)	90일	-
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	
갱신형 암(유사암제외)직접치료통원일당 (상급종합병원, 연간10회한), 갱신형 암(유사암제외)직접치료통원일당 (상급종합병원, 연간5회한)		90일	-
갱신형 암(유사암제외)직접치료통원일당 (요양병원제외, 연간10회한), 갱신형 암(유사암제외)직접치료통원일당 (요양병원제외, 연간5회한)		90일	-
갱신형 암직접치료 입원일당(II) (요양병원제외, 1일이상)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	가입금액의 50%
갱신형 종합병원 암직접치료 입원일당 (1일이상 365일한도)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	가입금액의 50%
갱신형 암요양병원 입원일당(II) (1일이상 90일한도)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	가입금액의 50%
갱신형 종합병원 암직접치료 낮병동입원일당(급 여, 1일1회한, 연간20일한도)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	가입금액의 50%
갱신형 암특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간20회한)		90일	가입금액의 50%
갱신형 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)		90일	가입금액의 50%
갱신형 말기암호스피스완화치료 (입원형및가정형)		90일	-
갱신형 특정암,간및폐질환치료비		-	가입금액의 50%
갱신형 유방암유방재건수술비(급여,연간1회한)		90일	가입금액의 50%
갱신형 유방절제후림프부종증후군진단비		-	가입금액의 50%

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
갱신형 항암방사선치료후 9대합병증진단비	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	기타피부암 및 갑상선암	-	
갱신형 항암방사선약물치 료 후 5대합병증진단비	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	기타피부암 및 갑상선암	-	
갱신형 암진단후 생식세포동결보존비(최초1회한)		90일	-
갱신형 질병사망		-	90일 경과시점 전일이전 가입금액의 10%
갱신형 질병80%이상후유장해		-	가입금액의 50%
갱신형 최대두배받는암치료비 (유사암포함,포인트적립형)		90일	가입금액의 50%
갱신형 중증질환자 (중복암 및 재등록암) 산정특례대상 진단비	중증질환자(중복암) 산정특례대상	90일 (단, 유사암 및 뇌수막의 양성생물은 제외)	-
	중증질환자(재등록암) 산정특례대상	5년	-
갱신형 암 주요치료비 (연간1회한, 5년간)	암(유사암제외)	90일	-
	기타피부암 및 갑상선암	-	
갱신형 암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)	암(유사암제외)	90일	-
	기타피부암 및 갑상선암	-	
갱신형 암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)(체증형)	암(유사암제외)	90일	-
	기타피부암 및 갑상선암	-	
갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 체외충격파쇄석술치료비 (급여,연간1회한)		-	가입금액의 50% ^{주)}

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
갱신형 특정질환3대치료비	갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)	-	가입금액의 50%
	유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최 초1회한)	-	가입금액의 50%
	자궁근종 고강도초음파집속술치료비(최초 1회한)	-	가입금액의 50%
갱신형 질병 특정 비급여, 신의료기술 치료비 (1-3종, 연간1회한)	1종 근골 및 하지정맥류질환	-	가입금액의 50%
	2종 기타질환	-	가입금액의 50%
	3종 로봇보조	-	가입금액의 50%
갱신형 질병 특정 비급여, 신의료기술 치료비 (1-4종, 연간1회한)	1종 근골 및 하지정맥류질환	-	가입금액의 50%
	2종 기타질환	-	가입금액의 50%
	3종 로봇보조	-	가입금액의 50%
	4종 여성 비뇨생식기질환	-	가입금액의 50%
갱신형 상급종합병원, 국립 암센터 암 주요치료비(연간1 회한, 10년간)	암(유사암제외)	90일	-
	기타피부암 및 갑상선암	-	
갱신형 상급종합병원, 국립 암센터 암 주요치료비(연간1 회한, 10년간)(체증형)	암(유사암제외)	90일	-
	기타피부암 및 갑상선암	-	
갱신형 통합암 주요치료비(연간1 회한, 10년간)	특정소액암	90일	가입금액의 50%
	특정소화기암		-
	15대특정암		
	10대특정암		
	4대고액암		
	기타피부암 및 갑상선암	-	

보장명			최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
갱신형 통합암 주요치료비(체증형) (연간1회한, 10년간)	특정 소액암	특정소액암 진단 후 1차 연도	90일	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 2차 연도		가입금액의 60% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 3차 연도		가입금액의 70% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 4차 연도		가입금액의 80% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 5차 연도		가입금액의 90% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 6차 연도 이후		가입금액의 100% (보험금 지급기간동안 적용)
	특정소화기암		-	-
	15대특정암			
	10대특정암			
	4대고액암			
	기타피부암 및 갑상선암		-	
갱신형 상급종합병원,국립 암센터 통합암 주요치료비(연간1 회한, 10년간)	특정소액암		90일	가입금액의 50%
	특정소화기암			-
	15대특정암			
	10대특정암			
	4대고액암			
	기타피부암 및 갑상선암		-	

보장명			최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
갱신형 상급종합병원,국립 암센터 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)	특정 소액암	특정소액암 진단 후 1차 연도	90일	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 2차 연도		가입금액의 60% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 3차 연도		가입금액의 70% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 4차 연도		가입금액의 80% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 5차 연도		가입금액의 90% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 6차 연도 이후		가입금액의 100% (보험금 지급기간동안 적용)
	특정소화기암		-	
	15대특정암			
	10대특정암			
	4대고액암			
	기타피부암 및 갑상선암		-	
갱신형 비급여 암 주요치료비(전액본인부담포함, 연간1회한, 10년간)			90일	-
갱신형 비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함, 연간1회한, 10년간)			90일	-
갱신형 특정항암부작용약제 치료비(급여,연간1 회한)	특정암합병증 및항암부작용 약제 투약처방시	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
		기타피부암 및 갑상선암	-	
	특정항구토제 투약처방시	암(유사암제외)	90일	가입금액의 1.5% (단, 1년 경과시점 이후는 가입금액의 3%)
		기타피부암 및 갑상선암	-	
갱신형 암 통합치료비(기본형)			90일	-
갱신형 암 통합치료비(실속형)			90일	-
갱신형 암 통합치료비(기본형) (암중점치료기관(상급종합병원 포함))			90일	-
갱신형 암 통합치료비(실속형) (암중점치료기관(상급종합병원 포함))			90일	-

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
갱신형 암 통합치료비 (비급여(전액본인부담 포함))		90일	가입금액의 50%
갱신형 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))		90일	가입금액의 50%
갱신형 암 통합치료비Ⅱ(비급여(전액본인부담 포함))보장특약		90일	가입금액의 50%
갱신형 암 통합치료비Ⅲ(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약		90일	가입금액의 50%
갱신형 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함))보장특약		90일	가입금액의 50%
갱신형 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약		90일	가입금액의 50%
갱신형 암 통합치료 생활비 (연간 통합치료 2회이상)	암(유사암제외)	90일	-
	유사암	-	-
갱신형 계속받는 항암중입지방사선 치료비 (연간1 회한)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	기타피부암, 갑상선암	-	가입금액의 50%
갱신형 원격전이포함 4기 통합암진단비 (유사암제외)	특정소액암	90일	가입금액의 50%
	특정소화기암		-
	15대특정암		-
	10대특정암		-
	4대고액암		-
갱신형 원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비		-	가입금액의 50%

주) 상해로 인한 체외충격파쇄석술치료비의 경우 감액기간 없음, 감액지급기간 종료시 가입금액의 100%지급

▶ 보장한도

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다. 가입하신 담보의 보험금 지급 한도는 약관 및 상품설명서 담보사항을 반드시 확인하시기 바랍니다.

[예시]

보장명	보장한도
코로나 및 폐양성대상염진단비	최초 1회에 한해 보장
암직접치료입원일당(II)(요양병원제외, 1일이상)	최초입원일부터 1회 입원당 180일한도 보장

▶ 자기부담금 차감

자기부담금

차감 후
지급

이 보험에는 보상대상 비용에 대해 **일정금액 또는 일정비율**의 자기부담금을 차감하고 보험금을 지급하는 담보가 있습니다.

[자기부담금을 차감하는 담보]

담보명	자기부담금 차감 금액
민사소송법률비용	자기부담금 10만원

2. 해약환급금에 관한 사항

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

해약환급금

0원
or 적음
[해지시]

! 주의

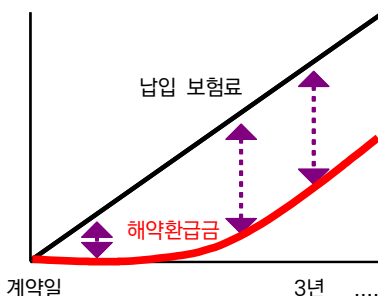
① **해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.**

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

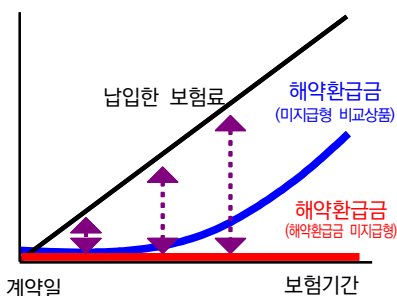
② 보험계약을 해지할 경우 **해약환급금이 없거나 일반상품보다 적을 수 있습니다.**

(해약환급금 미지급형 운영 상품에 한함)

(예시① 일반상품)



(예시② 해약환급금이 없는 상품)



3. 갱신 시 보험료인상 가능성

갱신형 담보의 경우 **갱신 시 보험료가 변동될 수** 있습니다.



! 주의

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

갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 계약

해당 담보 : 담보명 앞에 “갱신형”이 붙어 있는 담보

4. 실손보상형 담보 / 실손의료보험

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



! 주의

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

실손보상형 담보

법률비용

5. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

1 보장성보험



! 주의

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

② 금리연동형 보험(적립보험료 운영 상품에 한함)



! 주의

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

*자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

③ 예금자보호제도에 관한 사항



! 주의

- ① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.
- ② 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 **1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산)** 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 **사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지”** 보호됩니다. 다만, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

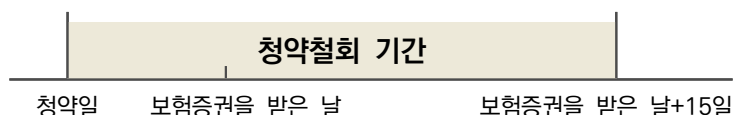
Ⅲ 보험계약의 일반사항

1. 청약을 철회할 수 있는 권리

☞ 보통약관

제19조

일반금융소비자인 계약자는 **보험증권**을 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약**을 **철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



[청약철회가 불가한 경우]

- ① **청약일**부터 **30일**(만65세 이상 보험계약자&전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우
- ② 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 **90일 이내인 계약** 또는 전문 금융소비자가 체결한 계약

2. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

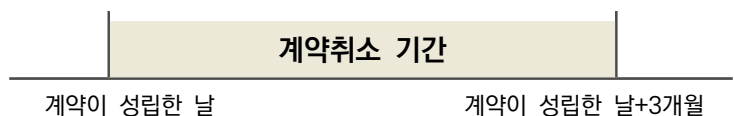
☞ 보통약관

제20조

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

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

〈계약 취소 시 지급하는 금액〉
납입한 보험료 + 이자



3. 보험계약의 무효

☞ 보통약관

제21조

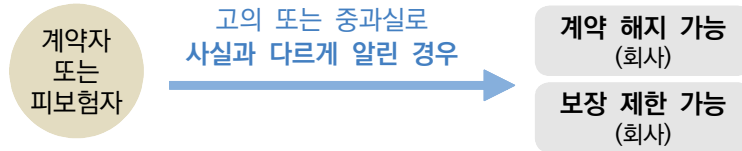
보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

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

4. 보험계약前 알릴의무 및 위반시효과

☞ 보통약관 제15조, 제16조

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



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



민원사례

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

➡ 보험회사는 **보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**



법률지식

[대법원 2007.6.28.선고 2006다59837]

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

5. 보험계약後 알릴 의무 및 위반시효과

상해관련
특별약관

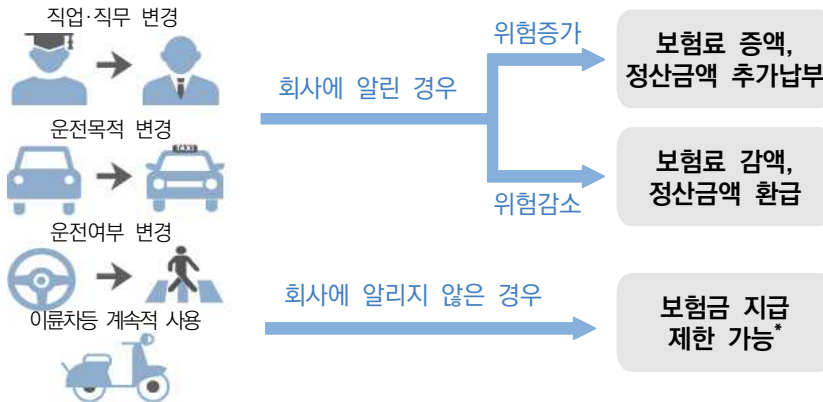
제4조, 제5조

보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무변경** 등이 발생한 경우 **지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반**하는 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.



보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

- ① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,
- ② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.



* 이륜자동차 및 원동기장치 자전거 등의 경우, 보험요율에 따른 인수가 이루어지지 않기 때문에, 계속적 사용 사실을 보험회사에 알리지 않은 경우 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

6. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

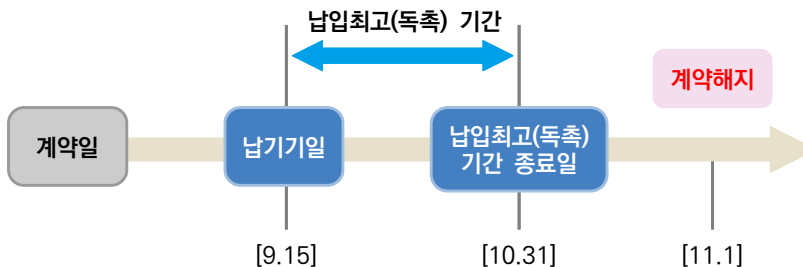
보통약관

제32조

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

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

[예시]



※ 납부독촉(독촉) 기간 내에 보험료를 내지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

- 납부연체: ①보험료 납입이 연체 중이거나
②유니버설 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우

7. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보통약관

제33조

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)**을 **청약**할 수 있습니다.



보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절**하거나 **보장**의 **일부**를 **제한**할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.



8. 보험계약대출

보통약관

제39조

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.



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

[예시]

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

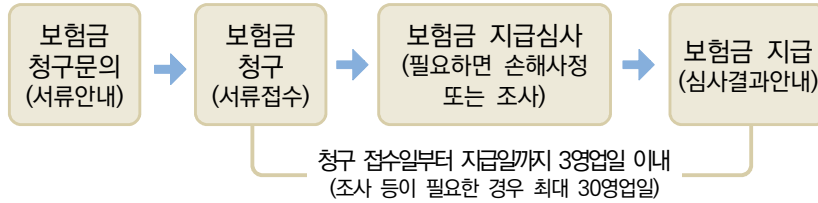
9. 보험금청구절차 및 서류

☞ 보통약관

제7조, 제8조

보험금은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급합니다.

(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 30영업일 이내의 기간이 소요될 수 있습니다.)



소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류가 간소화**되는 경우도 있으나, **보험금청구 전**에 보험회사에 **제출서류를 확인**하시기 바랍니다.

보험금 청구서류						
구분	진단서	입·퇴원 확인서	수술 확인서	통원 확인서	기타	공통
사망	● (사망진단서)				영상자료 등	청구서 신분증 개인정보동의서
장해	● (장해진단서)				장해내용에 따라 영상자료 등	
진단	●				진단사실 확인서류 (검사결과지, 영상 등)	
입원	●	●				
수술	●		●		진료비세부내역서 수술기록지	
실손	●	● (입원서)	● (수술서)	● (통원서)	비급여 발생시 진료비 세부내역서	
치아	치과치료 확인서	진료차트	X-ray영상	진료비 세부내역서	기타	
보철	●	●	●			
보존	●	●	△			
그 외	△	△	△	△	담보별로 필요서류가 상이하 니 홈페이지내 청구서류안내 참조	

주) 보험사고의 종류, 내용, 청구담보 등에 따라 추가서류가 필요할 수 있습니다.

무배당 메리츠 또 걸러도 또 받는 암보험2511(갱신형) 보통약관

가입자 유의사항	50
주요내용 요약서	53
보험용어 해설	56
제1절 일반조항	61
제1관 목적 및 용어의 정의	61
제1조(목적)	61
제2조(용어의 정의)	61
제2관 보험금의 지급	62
제3조(보험금의 지급사유)	62
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	62
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	62
제6조(보험금 지급사유 등의 통지)	63
제7조(보험금 등의 청구)	63
제8조(보험금의 지급절차)	63
제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항)	64
제10조(만기환급금의 지급)	64
제11조(보험금 받는 방법의 변경)	65
제12조(주소변경통지)	65
제13조(보험수익자의 지정)	65
제14조(대표자의 지정)	65
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	65
제15조(계약 전 알릴 의무)	66
제16조(알릴 의무 위반의 효과)	66
제17조(사기에 의한 계약)	67
제4관 보험계약의 성립과 유지	67
제18조(보험계약의 성립)	67
제19조(청약의 철회)	68
제20조(약관교부 및 설명의무 등)	68

제21조(계약의 무효)	69
제22조(계약내용의 변경 등)	70
제23조(보험나이 등)	70
제24조(계약의 자동갱신)	70
제25조(계약의 소멸)	71
 제5관 보험료의 납입	 71
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	71
제27조(제2회 이후 보험료의 납입)	72
제28조(보험료의 납입면제)	72
제29조(납입면제에 관한 세부규정)	72
제29조의1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)	74
제30조(보험료의 자동대출납입)	74
제31조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	75
제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	75
제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	75
제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	76
 제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	 76
제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	76
제35조의1(위법계약의 해지)	77
제36조(중대사유로 인한 해지)	77
제37조(회사의 파산선고와 해지)	77
제38조(해약환급금)	77
제39조(보험계약대출)	78
제40조(배당금의 지급)	78
제41조(중도인출)	78
 제7관 분쟁의 조정 등	 78
제42조(분쟁의 조정)	78
제43조(관할법원)	78
제44조(소멸시효)	78
제45조(약관의 해석)	79
제46조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	79
제47조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	79
제48조(회사의 손해배상책임)	79
제49조(개인정보보호)	80
제50조(준거법)	80

제51조(예금보험에 의한 지급보장)	80

제2절 보장조항 80

2-1. 갱신형 암종별(30종)통합암진단비(유사암제외) 보장	80
2-2. 갱신형 암종별(30종)통합암진단비(전이포함)(유사암제외) 보장	84

무배당 메리츠 또 걸려도 또 받는 암보험2511(갱신형) 특별약관

I. 상해 관련 특별약관 93

1-1. 갱신형 일반상해사망보장 특별약관	93
1-2. 갱신형 일반상해80%이상후유장해보장 특별약관	96

II. 질병 관련 특별약관 99

2-1. 갱신형 질병사망보장 특별약관	99
2-2. 갱신형 질병80%이상후유장해보장 특별약관	100
2-3. 갱신형 유사암진단비보장 특별약관	101
2-4. 갱신형 유사암진단비 II 보장 특별약관	103
2-5. 갱신형 중증갑상선암진단비보장 특별약관	106
2-6. 갱신형 갑상선암(초기제외)진단비보장 특별약관	108
2-7. 갱신형 갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비보장 특별약관	110
2-8. 갱신형 재진단암진단비(5년대기형,기타피부암,갑상선암및전립선암포함)보장 특별약관	112
2-9. 갱신형 재진단암진단비(2년대기형)보장 특별약관	116
2-10. 갱신형 16대특정암진단비보장 특별약관	120
2-11. 갱신형 5대고액치료비암진단비보장 특별약관	122
2-12. 갱신형 매월 계속암치료비보장 특별약관	124
2-13. 갱신형 암수술비(유사암제외)보장 특별약관	129
2-14. 갱신형 암수술비(유사암제외)(25%체증형)보장 특별약관	131
2-15. 갱신형 유사암수술비보장 특별약관	135
2-16. 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관	137
2-17. 갱신형 계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)보장 특별약관	139
2-18. 갱신형 암직접치료입원일당(II)(요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관	142
2-19. 갱신형 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장 특별약관	146
2-20. 갱신형 종합병원 암직접치료입원일당(1일이상 365일한도)보장 특별약관	156
2-21. 갱신형 암요양병원입원일당(II)(1일이상 90일한도)보장 특별약관	160
2-22. 갱신형 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상 진단비보장 특별약관	163
2-23. 갱신형 암직접치료통원일당(상급종합병원)보장 특별약관	168

2-24. 갱신형 암특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간20회한)보장 특별약관	171
2-25. 갱신형 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	174
2-26. 갱신형 특정 암,간및폐질환치료비보장 특별약관	177
2-27. 갱신형 말기암호스피스완화치료(입원형및가정형)보장 특별약관	186
2-28. 갱신형 항암방사선치료후 9대합병증진단비보장 특별약관	188
2-29. 갱신형 암진단후생식세포동결보존비(최초1회한)보장 특별약관	192
2-30. 갱신형 4대양성종양진단비보장 특별약관	195
2-31. 갱신형 특정종등도이상자궁경부이형성증진단비보장 특별약관	199
2-32. 갱신형 항암방사선약물치료 후 5대합병증진단비보장 특별약관	201
2-34. 갱신형 최대두배받는암치료비(유사암포함,포인트적립형)보장 특별약관	205
2-34. 갱신형 유방절제후림프부종증후군진단비보장 특별약관	212
2-35. 갱신형 만성간염(B,C형)진단비보장 특별약관	213
2-36. 갱신형 크론병및궤양성대장염진단비보장 특별약관	215
2-37. 갱신형 특정천공진단비보장 특별약관	216
2-38. 갱신형 말기간경화진단비보장 특별약관	217
2-39. 갱신형 말기신부전증진단비보장 특별약관	218
2-40. 갱신형 말기폐질환진단비보장 특별약관	219
2-41. 갱신형 종합병원 암직접치료 낮병동입원일당(급여, 1일1회한, 연간20일한도)보장 특별약관	220
2-42. 갱신형 재발암 및 잔여암진단비(2년대기형)(최초1회한)보장 특별약관	224
2-43. 갱신형 유사암수술비(25%체증형)보장 특별약관	228
2-44. 갱신형 대장용종제거수술비(급여, 용종 개수당)보장 특별약관	231
2-45. 갱신형 보험료납입지원(유사암진단)(2종)보장 특별약관	233
2-46. 갱신형 통합전이암진단비보장 특별약관	235
2-47. 갱신형 암(유사암제외)직접치료 통원일당(상급종합병원, 연간10회한)보장 특별약관	238
2-48. 갱신형 암(유사암제외)직접치료 통원일당(상급종합병원, 연간5회한)보장 특별약관	241
2-49. 갱신형 유사암직접치료 통원일당(상급종합병원, 연간5회한)보장 특별약관	244
2-50. 갱신형 암(유사암제외)직접치료 통원일당(요양병원제외, 연간10회한)보장 특별약관	247
2-51. 갱신형 암(유사암제외)직접치료 통원일당(요양병원제외, 연간5회한)보장 특별약관	249
2-52. 갱신형 유사암직접치료 통원일당(요양병원제외, 연간5회한)보장 특별약관	252
2-53. 갱신형 암 주요치료비(연간1회한, 5년간)보장 특별약관	254
2-54. 갱신형 통합항암방사선약물치료비(최대8회한)보장 특별약관	263
2-55. 갱신형 계속받는 통합항암방사선약물치료비(연간 최대8회한)보장 특별약관	268
2-56. 갱신형 재진단암진단비(5회한,1년대기형,기타피부암,갑상선암및전립선암포함) 보장 특별약관	272
2-57. 갱신형 상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장 특별약관	277
2-58. 갱신형 상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장 특별약관	288

2-59. 갱신형 암 주요치료비(연간1회환, 10년간)(체증형)보장 특별약관	299
2-60. 갱신형 통합암 주요치료비(연간1회환, 10년간)보장 특별약관	309
2-61. 갱신형 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회환, 10년간)보장 특별약관	321
2-62. 갱신형 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(연간1회환, 10년간)보장 특별약관	334
2-63. 갱신형 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회환, 10년간) 보장 특별약관	347
2-64. 갱신형 비급여 암 주요치료비(전액본인부담 포함, 연간1회환, 10년간)보장 특별약관	360
2-65. 갱신형 비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회환, 10년간)보장 특별약관	366
2-66. 갱신형 특정항암부작용약제치료비(급여,연간1회환)보장 특별약관	372
2-67. 갱신형 보험료납입지원(유사암진단)(3종)보장 특별약관	375
2-68. 갱신형 항암중입자방사선치료비보장 특별약관	377
2-69. 갱신형 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함))보장 특별약관	380
2-70. 갱신형 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장 특별약관	389
2-71. 갱신형 암 통합치료비(기본형)보장 특별약관	399
2-72. 갱신형 암 통합치료비(실속형)보장 특별약관	416
2-73. 갱신형 암 통합치료비(기본형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장 특별약관	425
2-74. 갱신형 암 통합치료비(실속형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장 특별약관	443
2-75. 갱신형 특정호르몬약물허가치료비보장 특별약관	454
2-76. 갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회환)보장 특별약관	460
2-77. 갱신형 암 통합치료비 II (비급여(전액본인부담 포함))보장 특별약관	464
2-78. 갱신형 암 통합치료비 II (비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장 특별약관	476
2-79. 갱신형 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함))보장 특별약관	490
2-80. 갱신형 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장 특별약관	497
2-81. 갱신형 26종 항암방사선및약물치료비(전이포함)(유사암제외)보장 특별약관	505
2-82. 갱신형 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선약물치료비보장 특별약관	510
2-83. 갱신형 암 통합치료 생활비(연간 통합치료 2회이상)보장 특별약관	512
2-84. 갱신형 원격전이포함 4기 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관	517
2-85. 갱신형 원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비보장 특별약관	522
III. 상해 및 질병 관련 특별약관	524
3-1. 갱신형 자궁경부원추형절제술치료비(급여, 연간1회환)보장 특별약관	524
3-2. 갱신형 장루(인공항문)조성및폐쇄수술비(급여)보장 특별약관	527
IV. 비용손해 관련 특별약관	528
4-1. 갱신형 민사소송법률비용보장 특별약관	528

V. 별표	532
【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	532
【별표2】 장해분류표	533
【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표	548
【별표4】 악성신생물(암) 분류표	549
【별표5】 제자리신생물 분류표	550
【별표6】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	551
【별표7】 기관(organ)분류표	552
【별표8】 16대특정암 분류표	553
【별표9】 5대고액치료비암 분류표	554
【별표10】 급여 항암방사선치료 분류표	555
【별표11】 급여 항암약물 분류표	557
【별표12】 신경차단·파괴치료(급여) 대상 수가코드	557
【별표13】 특정폐암및폐질환 분류표	558
【별표14】 특정암 분류표	559
【별표15】 간질환 분류표 II	560
【별표16】 항암방사선치료후5대중증합병증 분류표	561
【별표17】 항암방사선치료후4대경증합병증 분류표	562
【별표18】 대장 양성종양및특정폴립 분류표	562
【별표19】 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립 분류표	563
【별표20】 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양 분류표	563
【별표21】 골,관절연골 양성종양 분류표	564
【별표22】 특정중등도이상자궁경부이형성증 분류표	564
【별표23】 암종별(30종)통합암(유사암제외)분류표	565
【별표24】 항암방사선약물치료 후 2대합병증 분류표	567
【별표25】 유방절제후림프부종증후군 분류표	568
【별표26】 만성간염(B,C형) 분류표	568
【별표27】 크론병및게양성대장염 분류표	569
【별표28】 특정천공 분류표	569
【별표29】 말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)	570
【별표30】 말기폐질환(End Stage Lung Disease)	570
【별표31】 항암방사선약물치료 후 3대합병증 분류표	571
【별표32】 중증질환자(암) 산정특례대상 분류표	572
【별표33】 대장용종제거수술(급여) 분류표	572
【별표34】 장루(인공항문)조성및폐쇄술(급여) 분류표	573
【별표35】 전이암 분류표	573
【별표36】 소송목적의 값에 따른 변호사비용	574
【별표37】 민사소송 등 인지법에 정한 인지액	574

【별표38】 송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)	575
【별표39】 중증질환자(암) 산정특례대상질병 분류표	575
【별표40】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명	576
【별표41】 암종별(30종)통합암(전이포함)	579
【별표42】 특정항구토제(급여) 분류표	582
【별표43】 특정암합병증및항암부작용약제(급여) 분류표	582
【별표44】 특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명	583
【별표45】 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명	584
【별표46】 감상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명	585
【별표47】 암종별(13종)통합암(전이포함)	586

VI. 인용 법·규정 588

【법규1】 개인정보 보호법	588
【법규2】 공직선거법	589
【법규3】 교통사고처리특례법	590
【법규4】 국민건강보험법	591
【법규5】 금융소비자 보호에 관한 법률	591
【법규6】 도로교통법	595
【법규7】 민법	595
【법규8】 민사소송법	596
【법규9】 소비자기본법	597
【법규10】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률	597
【법규11】 약사법	600
【법규12】 여객자동차 운수사업법 시행령	600
【법규13】 의료급여법	601
【법규14】 의료법	602
【법규15】 의료법 시행규칙	603
【법규16】 자동차관리법 시행규칙	604
【법규17】 자동차손해배상보장법 시행령	606
【법규18】 장기등 이식에 관한 법률	607
【법규19】 폭력행위 등 처벌에 관한 법률	608
【법규20】 한의약육성법	608
【법규21】 형법	609
【법규22】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률	611
【법규23】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령	612
【법규24】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙	614
【법규25】 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률	614
【법규26】 장애인복지법	615

【법규27】	장애인복지법 시행령	616
【법규28】	장애인복지법 시행규칙	617
【법규29】	국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률	618
【법규30】	상법	618
【법규31】	상법 시행령	619
【법규32】	응급의료에 관한 법률	619
【법규33】	응급의료에 관한 법률 시행규칙	620
【법규34】	전자서명법	620
【법규35】	특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률	621
【법규36】	형사소송법	621
【법규37】	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙	622
【법규38】	산업재해보상보험법	622
【법규39】	산업재해보상보험법 시행령	623

기타 제도성 특별약관

보험료 자동납입 특별약관	629
사망보험금 양육연금전환 특별약관	629
지정대리청구서비스 특별약관	631
특별조건부(활증보험료법) 특별약관	632
장애인전용보험전환 특별약관	633
이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관	636
전자서명 특별약관	638
특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관	639

별표 641

【별표1】	특정신체부위 질병 분류표	641
【별표1-1】	특정신체부위 분류표	641
【별표1-2】	특정질병 분류표	642
【별표2】	장해분류표	645

무배당 갱신형 간편한 암 검사및치료추가보장 특별약관2504(일반심사형)

가입자 유의사항	659
주요내용 요약서	661
보험용어 해설	663

제1절 일반조항	667
제1관 목적 및 용어의 정의	667
제1조(목적)	667
제2조(용어의 정의)	667
 제2관 보험금의 지급	668
제3조(보험금의 지급사유)	668
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	668
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	668
제6조(보험금 지급사유의 통지)	668
제7조(보험금의 청구)	668
제8조(보험금의 지급절차)	668
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	669
제10조(주소변경통지)	669
제11조(보험수익자의 지정)	669
제12조(대표자의 지정)	669
 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	669
제13조(계약 전 알릴 의무)	669
제14조(알릴 의무 위반의 효과)	670
제15조(사기에 의한 계약)	670
 제4관 보험계약의 성립과 유지	670
제16조(보험계약의 성립)	671
제17조(청약의 철회)	671
제18조(약관교부 및 설명의무 등)	671
제19조(계약의 무효)	672
제20조(계약내용의 변경 등)	673
제21조(보험나이 등)	673
제22조(특별약관의 소멸)	673
제23조(특별약관의 자동갱신)	673
제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	674
제25조(자동갱신 적용)	674
 제5관 보험료의 납입	674
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	674
제27조(제2회 이후 보험료의 납입)	674
제27조의1(보험료의 납입면제에 관한 사항)	674

제28조(보험료의 자동대출납입)	674
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	675
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	675
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	676
 제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	676
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	676
제32조의1(위법계약의 해지)	676
제33조(중대사유로 인한 해지)	676
제34조(회사의 파산선고와 해지)	677
제35조(해약환급금)	677
제36조(보험계약대출)	677
제37조(배당금의 지급)	677
 제7관 분쟁의 조정 등	677
제38조(분쟁의 조정)	677
제39조(관할법원)	677
제40조(소멸시효)	677
제41조(약관의 해석)	677
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	678
제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	678
제44조(회사의 손해배상책임)	678
제45조(개인정보보호)	678
제46조(준거법)	678
제47조(예금보험에 의한 지급보장)	678
 제2절 보장조항	679
2-1. 갱신형 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)보장 특별약관	679
2-2. 갱신형 암 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	680
2-3. 갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	682
2-4. 갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종)(급여,연간1회한)보장 특별약관	684
2-5. 갱신형 뇌경위적방사선수술비(급여,연간1회한)보장 특별약관	685
2-6. 갱신형 암 내시경검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	687
2-7. 갱신형 암 특정생검조직병리검사비Ⅱ(급여,연간1회한)보장 특별약관	689
2-8. 갱신형 암 CT촬영검사비(급여,연간1회한)보장 특별약관	691
2-9. 갱신형 암 초음파검사비(급여,연간1회한)보장 특별약관	693
2-10. 갱신형 암 특정단일유전자검사비(급여,연간1회한)보장 특별약관	694

별표	696
【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	696
【별표2】 악성신생물(암) 분류표	697
【별표3】 제자리신생물 분류표	698
【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	698
【별표5】 폴립및악성종양수술(급여, 1~6종) 분류표	699

무배당 갱신형 간편한 특정치료비보장 특별약관2511(일반심사형)

가입자 유의사항	703
주요내용 요약서	705
보험용어 해설	707

제1절 일반조항 711

제1관 목적 및 용어의 정의	711
제1조(목적)	711
제2조(용어의 정의)	711

제2관 보험금의 지급	712
제3조(보험금의 지급사유)	712
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	712
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	712
제6조(보험금 지급사유의 통지)	712
제7조(보험금의 청구)	712
제8조(보험금의 지급절차)	712
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	713
제10조(주소변경통지)	713
제11조(보험수익자의 지정)	713
제12조(대표자의 지정)	713

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	713
제13조(계약 전 알릴 의무)	713
제14조(알릴 의무 위반의 효과)	714
제15조(사기에 의한 계약)	714

제4관 보험계약의 성립과 유지	714

제16조(보험계약의 성립)	714
제17조(청약의 철회)	715
제18조(약관교부 및 설명의무 등)	715
제19조(계약의 무효)	716
제20조(계약내용의 변경 등)	717
제21조(보험나이 등)	717
제22조(특별약관의 소멸)	717
제23조(특별약관의 자동갱신)	717
제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	718
제25조(자동갱신 적용)	718
 제5관 보험료의 납입	 718
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	718
제27조(제2회 이후 보험료의 납입)	718
제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)	718
제28조(보험료의 자동대출납입)	718
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	719
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	719
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	720
 제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	 720
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	720
제32조의1(위법계약의 해지)	720
제33조(중대사유로 인한 해지)	720
제34조(회사의 파산선고와 해지)	721
제35조(해약환급금)	721
제36조(보험계약대출)	721
제37조(배당금의 지급)	721
 제7관 분쟁의 조정 등	 721
제38조(분쟁의 조정)	721
제39조(관할법원)	721
제40조(소멸시효)	721
제41조(약관의 해석)	721
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	721
제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	722
제44조(회사의 손해배상책임)	722
제45조(개인정보보호)	722

제46조(준거법)	722
제47조(예금보험에 의한 지급보장)	722

제2절 보장조항 723

2-1. 갹신형 표적항암약물허가치료비Ⅱ보장 특별약관	723
2-2. 갹신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회환)보장 특별약관	726
2-3. 갹신형 항암양성자방사선치료비보장 특별약관	730
2-4. 갹신형 항암세기조절방사선치료비보장 특별약관	732
2-5. 갹신형 다빈치로봇 암수술비보장 특별약관	735
2-6. 갹신형 특정질환3대치료비보장 특별약관	738
2-7. 갹신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회환)보장 특별약관	742
2-8. 갹신형 특정면역항암약물허가치료비보장 특별약관	744
2-9. 갹신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비(연간1회환)보장 특별약관	748
2-10. 갹신형 체외충격파쇄석술치료비(급여,연간1회환)보장 특별약관	751
2-11. 갹신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-3종, 연간1회환)보장 특별약관	753
2-12. 갹신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-4종, 연간1회환)보장 특별약관	757
2-13. 갹신형 유방암 유방재건수술비(급여, 연간1회환)보장 특별약관	762
2-14. 갹신형 표적항암약물허가치료비Ⅲ(비급여)보장 특별약관	765
2-15. 갹신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅲ(연간1회환)(비급여)보장 특별약관	770

별표 776

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	776
【별표2】 악성신생물(암) 분류표	776
【별표3】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명	777
【별표4】 갑상선특정질환 분류표	780
【별표5】 유방특정질환 분류표	780
【별표6】 자궁근종 분류표	781
【별표7】 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명	781
【별표8】 특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료 분류표	782
【별표9】 특정 기타질환 비급여,신의료기술치료 분류표	783
【별표10】 특정 여성 비뇨생식기질환 비급여,신의료기술치료 분류표	784
【별표11】 유방암 분류표	785
【별표12】 특정표적항암제 및 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명	786

■ 색인 789

무배당 메리츠
또 걸려도 또 받는 암보험2511(갱신형)

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험종목

운영 구분	납입면제 구분	설명
1형(해약환급금 지급형)	2종(보험료 납입면제 1형)	계약이 해지될 경우 해약환급금 지급
2형(해약환급금 미지급형)	1종(보험료 납입면제 미적용형)	보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않음
	3종(보험료 납입면제 2형)	

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못하거나 보험료 납입면제를 적용받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 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 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일, 유사암보장개시일, 5대고액치료비암보장개시일, 16대특정암보장개시일, 갑상선암(초기제외)보장개시일, 특정중등도이상자궁경부이형성증보장개시일, 중증갑상선암보장개시일, 첫번째암보장개시일, 전이암보장개시일, 중증질환자(암) 산정특례대상보장개시일, 암 통합치료보장개시일, 원격전이포함 4기 통합암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 5년이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

○ 갱신형 보장

- 회사는 갱신형 보장의 보험기간이 끝나기 15일 이전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신될 계약의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- 해당 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당 보장은 자동으로 갱신됩니다.

- 회사는 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 변동될 수 있습니다.
- 갱신형보장의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.
- 계약의 해약환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
- 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 2형(해약환급금미지급형)의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)을 「해약환급금미지급형 비교상품」과 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 최초계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 최초계약일부터 일정기간(예 : 1년 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.

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관에 따라 보험금 지급사유 발생일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

○ 수술 관련 보장

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

○ 입원 관련 보장

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

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 1) 1종(보험료 납입면제 미적용형) : 해당사항 없음

2) 2종(보험료 납입면제 1형)

- 보험료 납입기간 중에 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 계약이 소멸되지 않은 경우에 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.(1형(해약환급금 지급형)에 한함)
- 보장보험료 납입면제는 갱신전 계약의 보험기간 종료일까지만 적용되며, 갱신시에는 소멸되지 않은 갱신계약의 보장보험료를 납입하여야 함.
- 약관에 따라 보통약관의 보장보험료가 납입면제되는 경우에도 불구하고 일부 특별약관의 경우 보장보험료 납입면제가 제외되어 보장보험료를 납입하여야 합니다.

3) 3종(보험료 납입면제 2형)

- 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 계약이 소멸되지 않은 경우에 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - ① 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
 - ② 상해로 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 되었을 경우
 - ③ 진단 확정된 질병으로 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 되었을 경우
- 보장보험료 납입면제는 갱신전 계약의 보험기간 종료일까지만 적용되며, 갱신시에는 소멸되지 않은 갱신계약의 보장보험료를 납입하여야 함.
- 약관에 따라 보통약관의 보장보험료가 납입면제되는 경우에도 불구하고 일부 특별약관의 경우 보장보험료 납입면제가 제외되어 보장보험료를 납입하여야 합니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(∞, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 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.
- 만15세 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. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세 미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 계약은 피보험자가 사망한 경우, 그 때부터 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 「납입기일」 까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험 계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 중도인출(1형(해약환급금 지급형)에 한함)

보장개시일부터 2년이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험연도 기준 연 4회에 한하여 중도인출을 할 수 있습니다.

중도인출금은 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액의 80% 범위 내에서 신청할 수 있습니다. 중도인출금의 총 누적액(중도인출 원금과 이자의 합계액을 말합니다)은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

중도인출금을 지급받은 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계약자적립액에서 해당 중도인출금을 차감합니다.

9. 계약 전 · 후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - ① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - (1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - (2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - (3) 현재의 직업을 그만둔 경우
 - ② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

- 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.

- 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.

3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 적용이 제한될 수 있습니다.

※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

10. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

11. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 내에서 그 권리를 취득합니다.

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

보험용어 해설

○ 보험약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

1) 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관의 보장보험료의 합계액

① 보장보험료

계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료

② 적립보험료(1형(해약환급금 지급형)에 한함)

회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

2) 적립부분 순보험료

적립보험료에서 부가보험료를 공제한 후의 금액

○ 보험금

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

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

○ **계약자적립액**

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ **해약환급금**

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 메리츠 또 걸려도 또 받는 암보험2511(갱신형)
보통약관**

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
기본계약	계약자와 회사가 체결한 계약내용 중 보통약관에 해당하는 부분을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
1종 (보험료 납입면제 미적용형)	제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않는 계약을 말합니다.
2종 (보험료 납입면제 1형)	제28조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보장보험료를 납입면제하는 계약을 말합니다. 단, 제28조(보험료의 납입면제) 제3항에서 정한 특별약관은 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.
3종 (보험료 납입면제 2형)	제28조(보험료의 납입면제) 제2항에 따라 보장보험료를 납입면제하는 계약을 말합니다. 단, 제28조(보험료의 납입면제) 제3항에서 정한 특별약관은 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
장해	【별표2(장해분류표)】에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
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.
한국표준 질병사인 분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

③ 지급금과 이자율 관련 용어

다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신 장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금 지급사유 등의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 지급사유의 발생을 알게된 경우 또는 제28조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 알게된 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자 메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급 예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따라기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

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

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

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항)

① 이 계약에서 적립부분 적립이율은 1형(해약환급금 지급형)에 한하여 적용합니다. 이 보험의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액)을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 [보장]공시이율로 합니다.

② [보장]공시이율은 매월 마지막 날(다만, 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 직전의 영업일로 함) 이전에 산출하며, 그 다음달에 한하여 적용합니다.

③ 회사는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리수익률을 고려하여 산출된 공시기준이율에 조정률을 반영하여 [보장]공시이율을 결정합니다.

④ [보장]공시이율의 최저보증이율은 연복리 0.3%로 합니다.

⑤ 회사는 제1항부터 제3항까지의 규정에서 정한 [보장]공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

⑥ 회사는 사업연도가 끝나는 날을 기준으로 1년 이상 유지된 계약에 대하여 계약자에게 연1회이상 [보장]공시이율의 변경내역을 통지합니다.

⑦ 세부적인 [보장]공시이율의 운영방법은 회사에서 별도로 정한 「[보장]공시이율 적용에 관한 세부지침」을 따릅니다.

【적립부분 적립이율】

적립부분 계약자적립액 계산시 적립부분 순보험료에 대한 이자를 계산할 때 적용하는 이율을 말합니다.

【[보장]공시이율】

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간 마다 변동되는 이율을 말합니다.

【최저보증이율】

회사의 운용자산이익률 및 외부지표금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 계약자적립액이 [보장]공시이율에 따라 적립되며 [보장]공시이율이 0.1%인 경우, 계약자적립액은 [보장]공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다.

【운용자산이익률】

직전 1년간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업비용 등을 고려하여 산출

【외부지표금리】

국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출

제10조(만기환급금의 지급)

① 이 계약에서 만기환급금의 지급은 1형(해약환급금 지급형)에 한하여 적용합니다. 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금(중도인출이 있는 경우에는 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액)을 말합니다)을 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 따라 제1항에 따른 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

③ 회사는 제1항에 따른 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기

환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

④ 보험료 납입기간 중에 제2조(용어의 정의)에서 정한 적립보험료를 감액하거나 중도인출을 하는 경우 제1항의 만기환급금은 가입시점의 예상금액보다 감소할 수 있습니다.

제11조(보험금 받는 방법의 변경)

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

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【보험금 지급 예시】

1. 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우

보험금 : 6천만원

보험금 지급일자 : 2025년 4월 1일

보험금을 일시에 지급받지 않고, 3년간 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	보험금 받는 방법 변경 후 지급액
2025년 4월 1일	2천만원
2026년 4월 1일	2천만원 × (1 + 평균공시이율)
2027년 4월 1일	2천만원 × (1 + 평균공시이율) ²

2. 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우

보험금 : 매년 1천만원

보험금 지급기간 : 3년

보험금 지급 시작일자 : 2025년 4월 1일

보험금을 3년간 나누어 지급받지 않고, 2025년 4월 1일 보험금을 일시에 지급받는 경우

지급일	보험금 받는 방법 변경 후 지급액
	1천만원
2025년 4월 1일	+1천만원 ÷ (1 + 평균공시이율) +1천만원 ÷ (1 + 평균공시이율) ²
2026년 4월 1일	-
2027년 4월 1일	-

제12조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려

야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제13조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이 외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제14조(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 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

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

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(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 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

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

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해

당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

- ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - ③ 최초계약을 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 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 - ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 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.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이

보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하거나, 보험료 납입면제를 적용합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험료 납입면제를 거절하지 않습니다.

⑦ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제17조(사기에 의한 계약)

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

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

③ 보험료 납입이 면제된 경우 제2항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

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

니다.

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

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

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 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 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나면 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로

하여 적용합니다.

제19조(청약의 철회)

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

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 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 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 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 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제20조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다

음 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

【약관의 중요한 내용 예시】

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

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

① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하

고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한될 수 있습니다.

⑥ 보험료 납입이 면제된 경우 제5항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제21조(계약의 무효)

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

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약

에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 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 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 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 제731조제1항에 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 작성

될 것

4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

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 말한다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제22조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 2형(해약환급금미지급형)의 경우 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경 및 보험가입금액의 증액은 신청할 수 없습니다.

- ① 보험기간
- ② 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ③ 계약자, 피보험자
- ④ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

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

【부가설명】

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

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

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

제23조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2023년 4월 14일
⇒ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
→ 계약해당일 : 10월 1일

예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
→ 계약해당일 : 2월 말일

제24조(계약의 자동갱신)

① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음 날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료되었을 것
- ④ 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것

② 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다) 또는 보통약관 보험종료나이까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

③ 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

④ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제3항의 갱신 계약 보험료에 대하여 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 법령 및 표준약관 변경으로 보장내용 등이 변경되어 약관이 개정되는 경우 보험기간이 끝나는 날 이전까지 중요사항 변경내역(갱신보험료 변경 제외) 및 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드리며, 자동갱신 의사가 확인되는 경우, 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

제25조(계약의 소멸)

① 제2절 보장조항 각 보장의 「보장의 소멸」 조항에 따라 계약자가 가입한 보장이 모두 소멸된 경우 이 계약의 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 계약의 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 제2절 보장조항 각 보장의 「보장의 소멸」 조항에 따라 해약환급금을 지급합니다. 또한 1형(해약환급금 지급형)의 경우 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 적립부분의 계약자적립액(중도인출이 있는 경우에는 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적용한 금액을 말합니다) 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 사망 당시 계약자적립액(중도인출이 있는 경우 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적용한 금액을 말합니다) 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

【보장개시일】

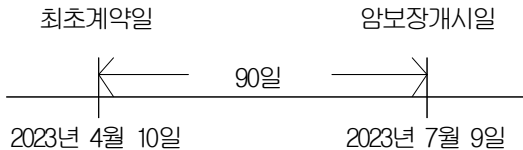
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

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

- ① 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에도 불구하고 이 계약에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.(이하 「암보장개시일」이라 합니다)

【암보장개시일[예시]】



제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제28조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 2종(보험료 납입면제 1형)을 가입한 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 3종(보험료 납입면제 2형)을 가입한 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제합니다.
 - ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

- ② 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - ③ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래의 보험료 납입면제 제외대상 특별약관은 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

【보험료 납입면제 제외대상 특별약관】

- 갱신형 자궁경부원추형절제술치료비(급여, 연간1회한)
- 갱신형 특정 암, 간및폐질환치료비
- 갱신형 유방절제후림프부종중추군진단비
- 갱신형 특정중등도이상자궁경부이형성증진단비
- 갱신형 만성간염(B,C형)진단비
- 갱신형 암진단후 생식세포 동결보존비(최초1회한)
- 갱신형 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상 진단비
- 갱신형 보험료납입지원(유사암진단)(2종)
- 갱신형 보험료납입지원(유사암진단)(3종)

- ④ 1형(해약환급금 지급형)의 경우 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.
- ⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에도 불구하고 보장보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
- ⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정에도 불구하고 제24조(계약의 자동갱신)에 의하여 계약이 갱신이 되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신계약의 보장보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제29조(납입면제에 관한 세부규정)

- ① 제28조(보험료의 납입면제) 제2항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이

후 보험료 납입면제를 받을 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 악화되는 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 및 제2항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 및 제2항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 및 제2항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

④ 제3항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제32조(보험료의 납입이 면제되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제33조(보험료의 납입을 면제하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 【별표2(장애분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표2(장애분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장애분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장

해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장애분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 제28조(보험료의 납입면제) 제2항 제2호 및 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장애가 발생한 때에는 제28조(보험료의 납입면제) 제2항 제2호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다

- 이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제29조의1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 원치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신

생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제30조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제32조(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 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항의 규정에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이차(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이

내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

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

제31조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료(적립부분에 대한 계약자의 갱신요청이 없는 경우에는 보장보험료에 한합니다)를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를

납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

- ① 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
- ② 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
- ③ 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
- ④ 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
- ⑤ 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 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 3년 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 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

④ 부활(효력회복)시 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 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 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7

일 이내에 하여야 합니다.

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

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제21조(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 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조의1(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락 여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제36조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

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

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해약환

급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제37조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다. 단, 2형(해약환급금미지급형)을 가입한 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

- 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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

- ④ 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자 적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제39조(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 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제32조(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.

제40조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제41조(중도인출)

- ① 이 계약에서 중도인출은 1형(해약환급금 지급형)에 한하여 적용합니다. 계약자는 보장개시일부터 2년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험연도 기준 연4회에 한하여 중도인출 할 수 있습니다.
- ② 제1항의 중도인출금은 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액의 80% 범위 내에서 신청할 수 있습니다. 중도인출금의 총 누적액(중도인출 원금과 이자의 합계액을 말합니다)은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 중도인출금을 지급받은 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계약자적립액에서 해당 중도인출금을 차감합니다.

【보험연도】

당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2023년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년을 말합니다.

【중도인출금의 한도 예시】

계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우 중도인출 가능액은 80만원(100만원의 80%)이며, 보험계약대출금(원금과 이자의 합계가 30만원이라고 가정)이 있는 경우 중도인출 가능액은 50만원(80만원-30만원)입니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제42조(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」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제43조(관할법원)

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

제44조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제45조(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」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

제46조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 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 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제47조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료로 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제48조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

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

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제2절 보장조항

2-1. 갱신형 암종별(30종)통합암진단비 (유사암제외) 보장

제49조(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.

제50조(준거법)

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

제51조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

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

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 【별표23(암종별(30종)통합암(유사암제외) 분류표)】에서 정한 「암종별(30종)통합암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 암종구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 암종별(30종)통합암진단비(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

암 종 구 분 (암종구분별 각각 최초1회에 한하여 지급)	지급금액	
	최초계약일 부터 1년경과시 점 전일 이전	최초계약일 부터 1년경과시 점 이후
입술, 혀 및 구강암 진단시	암종구분별 보험 가입금액의 100%	
주침샘, 편도, 인두 및 구강기타암 진단시		
특정소화기암Ⅱ 진단시		
위암 진단시		
결장암 진단시		
직장암 진단시		
간 및 간내 담관암 진단시		
췌장암 진단시		
특정호흡기 및 흉곽내기관의 암 진단시		
폐암 진단시		
뼈 및 관절연골암 진단시		
피부의 악성흑색종 진단시		
종피성 및 연조직암 진단시		
자궁체부 및 특정여성생식기암 진단시		
난소암 진단시		
특정남성생식기관암 진단시		
비뇨기관(신장, 방광, 요관) 암 진단시		
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 암 진단시		
부신 및 기타내분비선암 진단시		
4대특정암 진단시		
호지킨림프종 진단시		

암 종 구 분 (암종구분별 각각 최초1회에 한하여 지급)	지급금액	
	최초계약일 부터 1년경과시 점 전일 이전	최초계약일 부터 1년경과시 점 이후
특정비호지킨림프종 진단시	암종구분별 보험 가입금액의 100%	
비소포성림프종 진단시		
T/NK세포림프종 진단시		
악성면역증식성질환 진단시		
골수형성이상증후군 진단시		
골수증식성질환 진단시		
백혈병 및 전이암 진단시		
유방 및 전립선암 진단시	암종구분별 보험 가입금액의 50%	암종구분별 보험 가입금액의 100%
외음, 질 및 자궁경부암 진단시		

【암종별(30종)통합암진단비(유사암제외)】[예시]

< 암종별(30종)통합암(유사암제외) >

※ 단, 유방 및 전립선암과 외음, 질 및 자궁경부암 진단은 제외됩니다.

90일보장제외

2023.4.10 2023.7.9
최초계약일 암보장개시일

암종별 보험가입금액의 100%

< 유방 및 전립선암 및 외음, 질 및 자궁경부암 >

90일보장제외

2023.4.10 2023.7.9 2024.4.10
최초계약일 암보장개시일 최초계약일부터 1년경과시점

유방 및 전립선암 및
외음, 질 및 자궁경부암
보장
보험가입금액의 50%

유방 및 전립선암 및
외음, 질 및 자궁경부암
보장
보험가입금액의 100%

【보험금 지급예시】

최초계약일

유방암
진단
(①)

결장암
진단
(②)

유방암
진단
(③)

직장암
진단
(④)

2023.4.10

진단확정일 2023.10.1 2024.8.1 2024.12.15 2026.1.10

보험금지급
(가입금액의
50%) 후 유방
및
전립선암보장
소멸

보험금지급
(가입금액의
100%) 후
결장암
보장소멸

보험금 미지급
(2023.10.1.
유방 및
전립선암
보장소멸)

보험금지급
(가입금액의
100%) 후
직장암
보장소멸

※ 설명

① : 진단확정일자를 기준으로 2023.10.1.에 진단확정된 유방암은 최초계약일로부터 1년 경과시점 전일 이전에 진단된 것으로, **가입금액의 50%를 보험금으로 지급하고 해당 유방 및 전립선암 보장 소멸**

② : 2024.8.1.에 진단확정된 결장암은 **가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 결장암 보장 소멸**

③ : **보험금 미지급**
(이미 2023.10.1.에 유방 및 전립선암 보장은 소멸되었으므로, 2024.12.15. 진단확정된 유방암 보험금 미지급)

④ : 2026.1.10.에 진단확정된 직장암은 **가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 직장암 보장 소멸**

※ 위의 예시에서 소멸된 보장「유방 및 전립선암, 결장암, 직장암」, 그 외의「암종별(30종)통합암(유사암제외)」보장 유지

② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한「암종별(30종)통합암(유사암제외)」으로 진단확정시에는 보험수익자에게 암종구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 암종별(30종)통합암진단비(유사암제외)로 지급합니다. 단, 제1항에 따라 암종별(30종)통합암진단비(유사암제외)가 이미 지급된 암종구분에 대하여는 보상하지 않습니다.

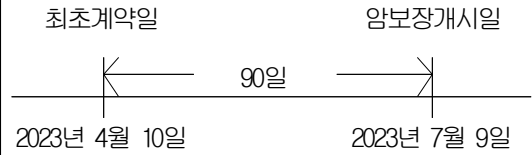
암 종 구 분 (암종구분별 각각 최초1회에 한하여 지급)	지급금액
입술, 혀 및 구강암 진단시	암종구분별 보험가입금액의 100%
주치샘, 편도, 인두 및 구강기타암 진단시	

암 중 구 분 (암종구분별 각각 최초1회에 한하여 지급)	지급금액
특정소화기암Ⅱ 진단시	암종구분별 보험가입금액의 100%
위암 진단시	
결장암 진단시	
직장암 진단시	
간 및 간내 담관암 진단시	
췌장암 진단시	
특정호흡기 및 흉곽내기관의 암 진단시	
폐암 진단시	
뼈 및 관절연골암 진단시	
피부의 악성흑색종 진단시	
종피성 및 연조직암 진단시	
자궁체부 및 특정여성생식기암 진단시	
난소암 진단시	
특정남성생식기관암 진단시	
비뇨기관(신장, 방광, 요관)암 진단시	
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 암 진단시	
부신 및 기타내분비선암 진단시	
4대특정암 진단시	
호지킨림프종 진단시	
특정비호지킨림프종 진단시	
비소포성림프종 진단시	
T/NK세포림프종 진단시	
악성면역증식성질환 진단시	
골수형성이상증후군 진단시	
골수증식성질환 진단시	
백혈병 및 전이암 진단시	
유방및전립선암 진단시	
외음, 질 및 자궁경부암 진단시	

③ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암종별(30종)통합암(유사암제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 암종별(30종)통합암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제5조(보장의 소멸) 제4항에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 암종별(30종)통합암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 보장책임에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 피보험자가 남성인 경우 암종구분 중 「외음, 질 및 자궁경부암」, 「자궁체부 및 특정여성생식기암」, 「난소암」은 보장에서 제외하며, 피보험자가 여성인 경우 암종구분 중 「특정남성생식기관암」은 보장에서 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암종별(30종)통합암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「암종별(30종)통합암(유사암제외)」이라 함은 「입술, 혀 및 구강암」, 「주침샘, 편도, 인두 및 구강기타암」, 「특정소화기암Ⅱ」, 「위암」, 「결장암」, 「직장암」, 「간 및 간내 담관암」, 「췌장암」, 「특정호흡기 및 흉곽내기관의 암」, 「폐암」, 「뼈 및 관절연골암」, 「피부의 악성 흑색종」, 「종피성 및 연조직암」, 「유방 및 전립선암」, 「외음, 질 및 자궁경부암」, 「자궁체부 및 특정여성생식기암」, 「난소암」, 「특정남성생식기관암」, 「비뇨기관(신장, 방광, 요관)암」, 「눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 암」, 「부신 및 기타내분비선암」, 「4대 특정암」, 「호지킨림프종」, 「특정비호지킨림프종」, 「비소포성림프종」, 「T/NK세포림프종」, 「악성면역증식성질환」, 「골수형성이상증후군」, 「골수증식성질환」 및 「백혈병 및 전이암」으로 분류되는 질병(【별표23(암종별(30종)통합암(유사암제외) 분류표) 참조】)을 총칭합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 「암종별(30종)통합암(유사암제외)」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 하며, 이 경우 「암종별(30종)통합암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암종별(30종)통합암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료 기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암종별(30종)통합암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병 이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(보장의 무효)

① 회사는 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암종별(30종)통합암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

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

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「입술, 혀 및 구강암」, 「주침샘, 편도, 인두 및 구강기타암」, 「특정소화기암Ⅱ」, 「위암」, 「결장암」, 「직장암」, 「간 및 간내 담관암」, 「췌장암」, 「특정호흡기 및 흉곽내기관의 암」, 「폐암」, 「뼈 및 관절연골암」, 「피부의 악성 흑색종」, 「중피성 및 연조직암」, 「유방 및 전립선암」, 「외음, 질 및 자궁경부암」, 「자궁체부 및 특정여성생식기암」, 「난소암」, 「특정남성생식기관암」, 「비뇨기관(신장, 방광, 요관)암」, 「눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 암」, 「부신 및 기타내분비선암」, 「4대특정암」, 「호지킨림프종」, 「특정비호지킨림프종」, 「비소포성림프종」, 「T/NK세포림프종」, 「악성면역증식성질환」, 「골수형성이상증후군」, 「골수증식성질환」 또는 「백혈병 및 전이암」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「입술, 혀 및 구강암」, 「주침샘, 편도, 인두 및 구강기타암」, 「특정소화기암Ⅱ」, 「위암」, 「결장암」, 「직장암」, 「간 및 간내 담관암」, 「췌장암」, 「특정호흡기 및 흉곽내기관의 암」, 「폐암」, 「뼈 및 관절연골암」, 「피부의 악성 흑색종」, 「중피성 및 연조직암」, 「유방 및 전립선암」, 「외음, 질 및 자궁경부암」, 「자궁체부 및 특정여성생식기암」, 「난소암」, 「특정남성생식기관암」, 「비뇨기관(신장, 방광, 요관)암」, 「눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 암」, 「부신 및 기타내분비선암」, 「4대특정암」, 「호지킨림프종」, 「특정비호지킨림프종」, 「비소포성림프종」, 「T/NK세포림프종」, 「악성면역증식성질환」, 「골수형성이상증후군」, 「골수증식성질환」 또는 「백혈병 및 전이암」으로 각각 진단받아 암종별(30종)통합암진단비(유사암제외)를 각 1회씩 발생 가능한 모든 암종에 대해 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 보장책임은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회

사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 보장책임의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

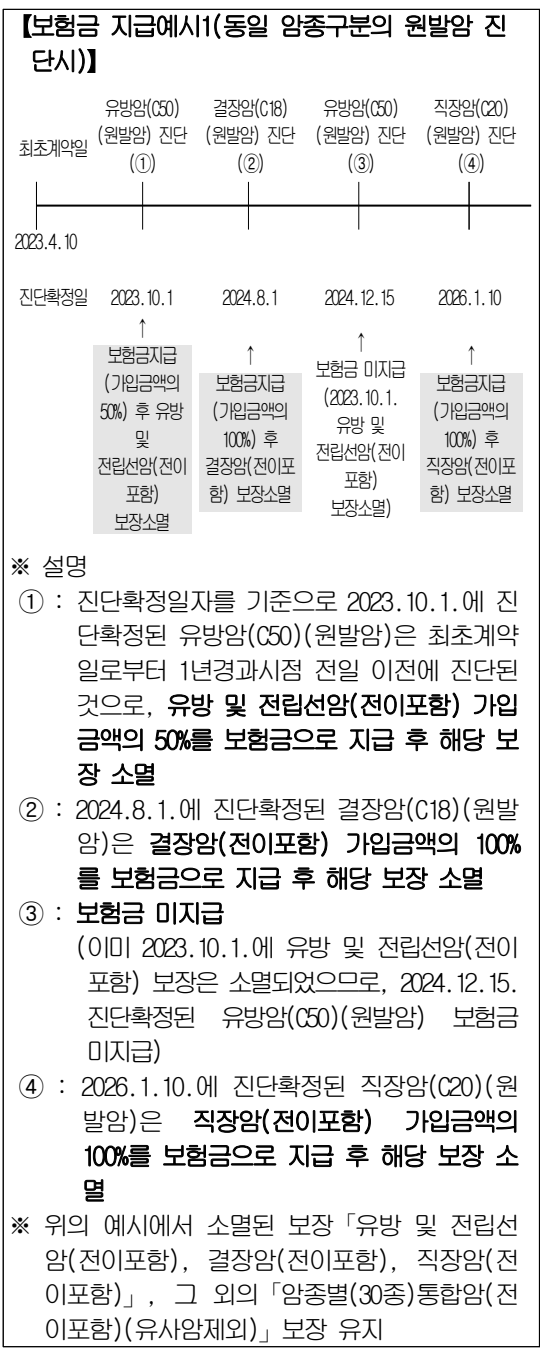
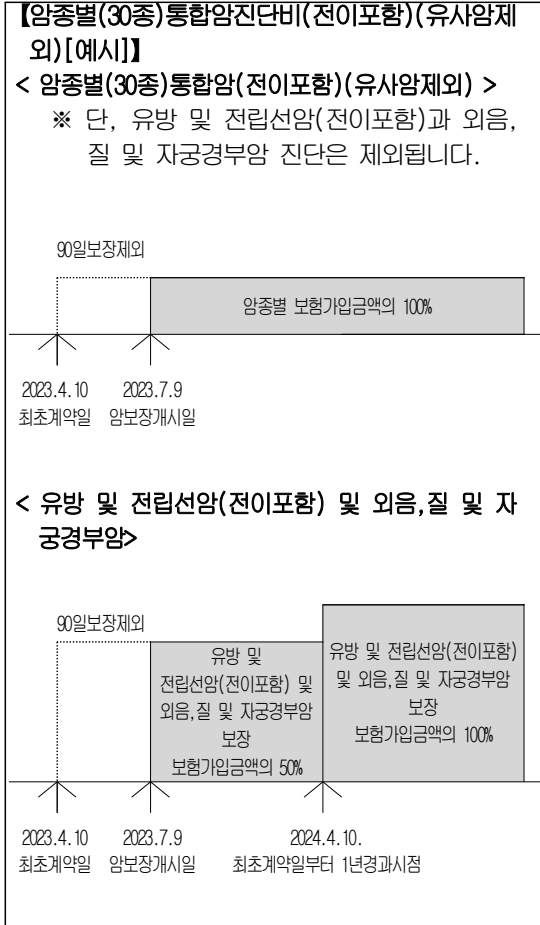
2-2. 갱신행 암종별(30종)통합암진단비(전이포함) (유사암제외) 보장

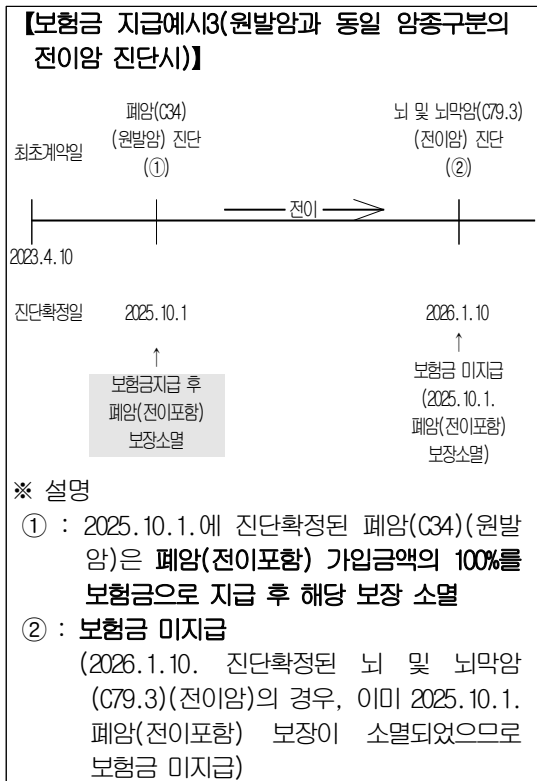
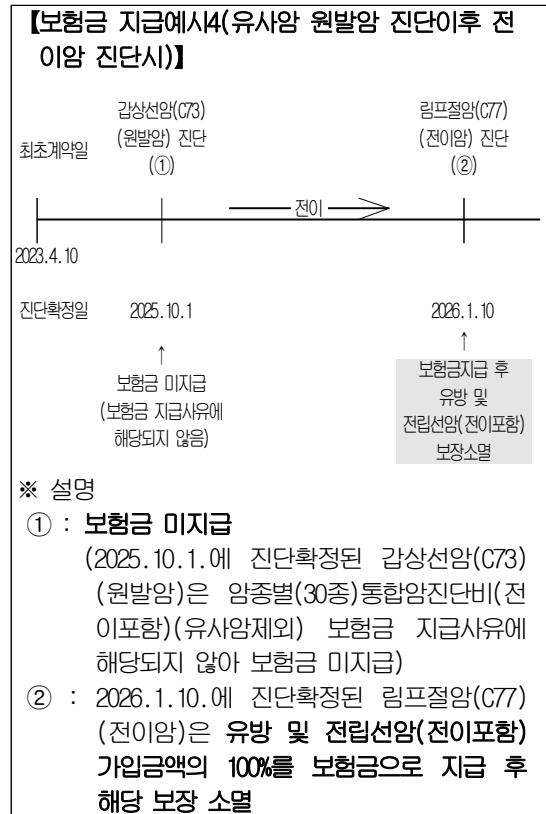
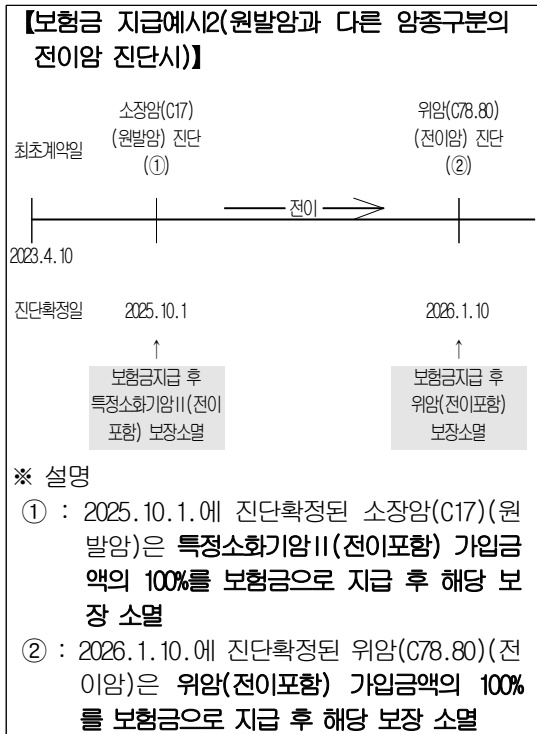
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 【별표41(암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표)】에서 정한 「암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 암종구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 암종별(30종)통합암진단비(전이포함)(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

암 종 구 분 (암종구분별 각각 최초1회에 한하여 지급)	지급금액	
	최초계약일 부터 1년경과시 점 전일 이전	최초계약일 부터 1년경과시 점 이후
입술, 혀 및 구강암 진단시	암종구분별 보험 가입금액의 100%	
주침샘, 편도, 인두 및 구강기타암 진단시		
특정소화기암Ⅱ(전이포함) 진단시		
위암(전이포함) 진단시		
결장암(전이포함) 진단시		
직장암(전이포함) 진단시		
간 및 간내 담관암(전이포함) 진단시		
췌장암(전이포함) 진단시		
특정호흡기 및 흉곽내기관의 암 진단시		
폐암(전이포함) 진단시		
뼈 및 관절연골암 진단시		
피부의 악성흑색종 진단시		
종피성 및 연조직암 진단시		
자궁체부 및 특정여성생식기암 진단시		
난소암(전이포함) 진단시		
특정남성생식기관암 진단시		
비뇨기관(신장, 방광, 요관) 암(전이포함) 진단시		
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부문의 암 진단시		
부신 및 기타내분비선암 진단시		
4대특정암 진단시		

암 중 구 분 (암종구분별 각각 최초1회에 한하여 지급)	지급금액	
	최초계약일 부터 1년경과시 점 전일 이전	최초계약일 부터 1년경과시 점 이후
호지킨림프종 진단시	암종구분별 보험 가입금액의 100%	
특정비호지킨림프종 진단시		
비소포성림프종 진단시		
T/NK세포림프종 진단시		
악성면역증식성질환 진단시		
골수형성이상증후군 진단시		
골수증식성질환 진단시		
백혈병 진단시		
유방 및 전립선암(전이포함) 진단시	암종구분별 보험 가입금액의 50%	암종구분별 보험 가입금액의 100%
외음, 질 및 자궁경부암 진단시		





② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외)」으로 진단확정시에는 보험수익자에게 암종구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 암종별(30종)통합암진단비(전이포함)(유사암제외)로 지급합니다. 단, 제1항에 따라 암종별(30종)통합암진단비(전이포함)(유사암제외)가 이미 지급된 암종구분에 대하여는 보상하지 않습니다.

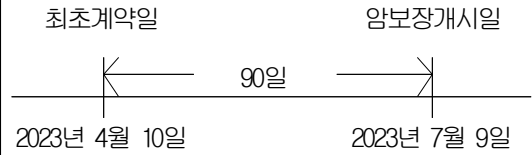
암 종 구 분 (암종구분별 각각 최초1회에 한하여 지급)	지급금액
입술, 혀 및 구강암 진단시 주치샘, 편도, 인두 및 구강기타암 진단시	암종구분별 보험가입금액의 100%
특정소화기암II(전이포함) 진단시	
위암(전이포함) 진단시	
결장암(전이포함) 진단시	
직장암(전이포함) 진단시	
간 및 간내 담관암(전이포함) 진단시	
췌장암(전이포함) 진단시	
특정호흡기 및 흉곽내기관의 암 진단시	

암 중 구 분 (암종구분별 각각 최초1회에 한하여 지급)	지급금액
폐암(전이포함) 진단시	암종구분별 보험가입금액의 100%
뼈 및 관절연골암 진단시	
피부의 악성흑색종 진단시	
종피성 및 연조직암 진단시	
자궁체부 및 특정여성생식기암 진단시	
난소암(전이포함) 진단시	
특정남성생식기관암 진단시	
비뇨기관(신장, 방광, 요관) 암(전이포함) 진단시	
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 암 진단시	
부신 및 기타내분비선암 진단시	
4대특정암 진단시	
호지킨림프종 진단시	
특정비호지킨림프종 진단시	
비소포성림프종 진단시	
T/NK세포림프종 진단시	
악성면역증식성질환 진단시	
골수형성이상증후군 진단시	
골수증식성질환 진단시	
백혈병 진단시	
유방 및 전립선암(전이포함) 진단시	
외음, 질 및 자궁경부암 진단시	

③ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 암종별(30종)통합암진단비(전이포함)(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제5조(보장의 소멸) 제4항에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 암종별(30종)통합암진단비(전이포함)(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 보장책임에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 피보험자가 남성인 경우 암종구분 중 「외음, 질 및 자궁경부암」, 「자궁체부 및 특정여성생식기암」, 「난소암(전이포함)」은 보장에서 제외하며, 피보험자가 여성인 경우 암종구분 중 「특정남성생식기관암」은 보장에서 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외)」이라 함은 「입술, 혀 및 구강암」, 「주치샘, 편도, 인두 및 구강기타암」, 「특정소화기암Ⅱ(전이포함)」, 「위암(전이포함)」, 「결장암(전이포함)」, 「직장암(전이포함)」, 「간 및 간내 담관암(전이포함)」, 「체장암(전이포함)」, 「특정호흡기 및 흉곽내 기관의 암」, 「폐암(전이포함)」, 「뼈 및 관절연골암」, 「피부의 악성 흑색종」, 「종피성 및 연조직암」, 「유방 및 전립선암(전이포함)」, 「외음, 질 및 자궁경부암」, 「자궁체부 및 특정여성생식기암」, 「난소암(전이포함)」, 「특정남성생식기관암」, 「비뇨기관(신장, 방광, 요관)암(전이포함)」, 「눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 암」, 「부신 및 기타내분비선암」, 「4대특정암」, 「호지킨림프종」, 「특정비호지킨림프종」, 「비소포성림프종」, 「T/NK세포림프종」, 「악성면역증식성질환」, 「골수형성이상증후군」, 「골수증식성질환」 및 「백혈병」으로 분류되는 질병(【별표41(암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표) 참조】)을 총칭합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 「암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증

을 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 하며, 이 경우 「암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하지만, 제1항의 「암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외)」에는 적용하지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(보장의 무효)

① 회사는 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우

에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「입술, 혀 및 구강암」, 「주침샘, 편도, 인두 및 구강기타암」, 「특정소화기암Ⅱ(전이포함)」, 「위암(전이포함)」, 「결장암(전이포함)」, 「직장암(전이포함)」, 「간 및 간내 담관암(전이포함)」, 「췌장암(전이포함)」, 「특정호흡기 및 흉곽내기관의 암」, 「폐암(전이포함)」, 「뼈 및 관절연골암」, 「피부의 악성 흑색종」, 「중피성 및 연조직암」, 「유방 및 전립선암(전이포함)」, 「외음, 질 및 자궁경부암」, 「자궁체부 및 특정여성생식기암」, 「난소암(전이포함)」, 「특정남성생식기관암」, 「비뇨기관(신장, 방광, 요관)암(전이포함)」, 「눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 암」, 「부신 및 기타내분비선암」, 「4대특정암」, 「호지킨림프종」, 「특정비호지킨림프종」, 「비소포성림프종」, 「T/NK세포림프종」, 「악성면역증식성질환」, 「골수형성이상증후군」, 「골수증식성질환」 및 「백혈병」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「입술, 혀 및 구강암」, 「주침샘, 편도, 인두 및 구강기타암」, 「특정소화기암Ⅱ(전이포함)」, 「위암(전이포함)」, 「결장암(전이포함)」, 「직장암(전이포함)」, 「간 및 간내 담관암(전이포함)」, 「췌장암(전이포함)」, 「특정호흡기 및 흉곽내기관의 암」, 「폐암(전이포함)」, 「뼈 및 관절연골암」, 「피부의 악성 흑색종」, 「중피성 및 연조직암」, 「유방 및 전립선암(전이포함)」, 「외음, 질 및 자궁경부암」, 「자궁체부 및 특정여성생식기암」, 「난소암(전이포함)」, 「특정남성생식기관암」, 「비뇨기관(신장, 방광, 요관)암(전이포함)」, 「눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 암」, 「부신 및 기타내분비선암」, 「4대특정암」, 「호지킨림프종」, 「특정비호지킨림프종」, 「비소포성림프종」, 「T/NK세포림프종」, 「악성면역증식성질환」, 「골수형성이상증후군」, 「골수증식성질환」 및 「백혈병」으로 각각 진단받아 암종별(30종)통합암진단

비(전리포함)(유사암제외)를 각 1회씩 발생가능한 모든 암종에 대해 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 보장책임은 소멸됩니다.

[3] 제2항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

[4] 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 보장책임의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

**무배당 메리츠 또 걸려도 또 받는 암보험2511(갱신형)
특별약관**

1. 상해 관련 특별약관

1-1. 갱신형 일반상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)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.

【민법 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 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 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함한다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 - ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 - ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- ① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 3) 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

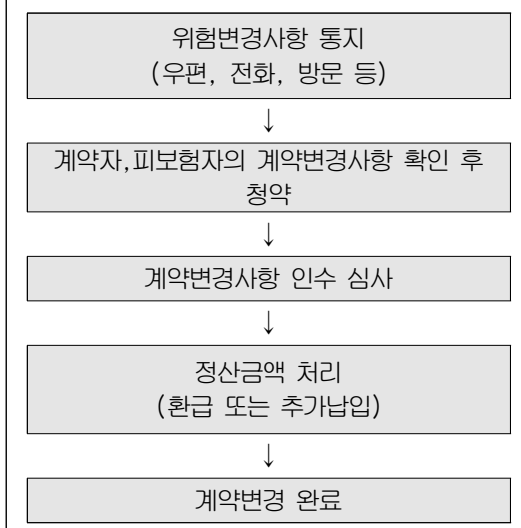
- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분(예)에 따른 위치나 자리를 말함(예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- ② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 - ③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 - ④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도로 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제22조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로

인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

【위험변경시 해약환급금 정산】

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 2형(해약환급금미지급형)의 경우에도 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

【비례보상 예시】

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 가입금액 : 1억원

· 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5

⇒ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원
× (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【중대한 과실】

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

10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제2항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급하거나, 보험료 납입면제를 적용합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하거나 보험료 납입면제를 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 이 특별약관의 피보험자가 제1항 이외의 사유로 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제

1-2. 갱신형 일반상해80%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 **【별표2(장해분류표)】**에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, **【별표2(장해분류표)】**에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ **【별표2(장해분류표)】**에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 **【별표2(장해분류표)】**의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, **【별표2(장해분류표)】**의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, **【별표2(장해분류표)】**의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험

금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, **【별표2(장해분류표)】**의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함함), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- ① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 3) 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

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

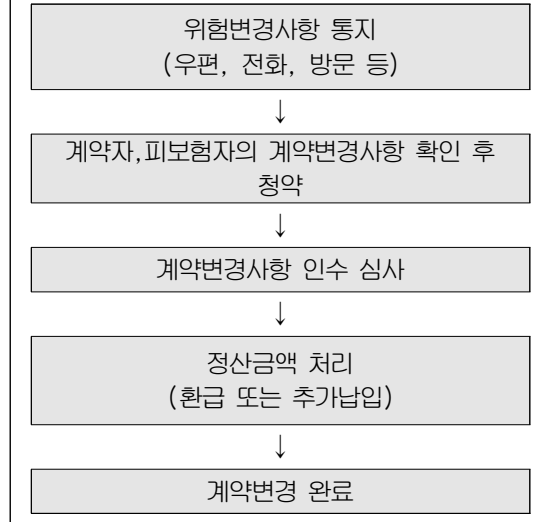
【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- ② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
- ③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
- ④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도로 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제22조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

【위험변경시 해약환급금 정산】

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 2형(해약환급금미지급형)의 경우에도 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여

지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

【비례보상 예시】

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

- 상해사망 가입금액 : 1억원
 - 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5
- ⇒ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

㉔ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【중대한 과실】

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

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제2항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급하거나, 보험료 납입면제를 적용합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하거나 보험료 납입면제를 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해 80%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

II. 질병 관련 특별약관

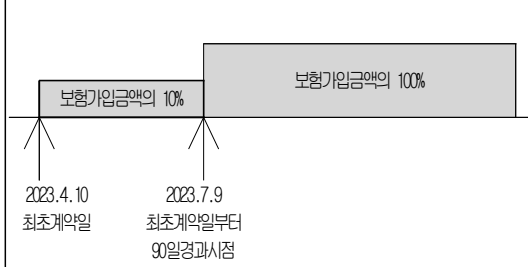
2-1. 갱신헌 질병사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 질병으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 90일경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 90일경과시점 전일 이전	최초계약일부터 90일경과시점 이후
질병사망시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 100%

【질병사망보험금[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 지급사유 발생시 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 지급합니다.

구 분	지급금액
질병사망시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보

험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 제1항 이외의 사유로 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

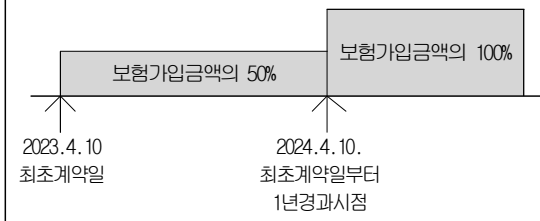
2-2. 갱신형 질병80%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 질병80%이상후유장해보험금으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병으로 80% 이상후유장 해시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【질병80%이상후유장해보험금[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 질병80%이상후유장해보험금로 지급합니다.

구분	지급금액
질병으로 80%이상 후유장해 시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이

후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 특별약관은 질병의 진단 확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이

특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-3. 갱신형 유사암진단비보장 특별약관

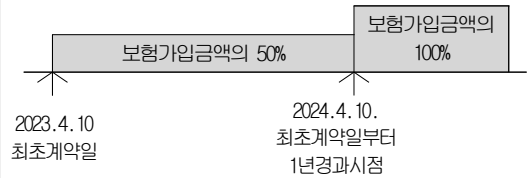
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일 부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년경과시점 이후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금 액의 50%	보험가입금 액의 100%

【유사암진단비[예시]】

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 유사암으로 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경

계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 유사암진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선전준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에

서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-4. 갱신형 유사암진단비II보장 특별약관

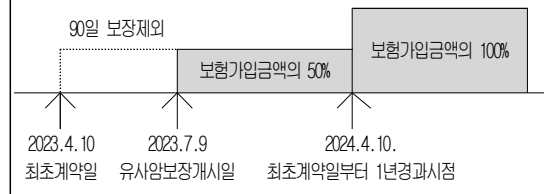
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 유사암보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【유사암진단비II예시】

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 유사암으로 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

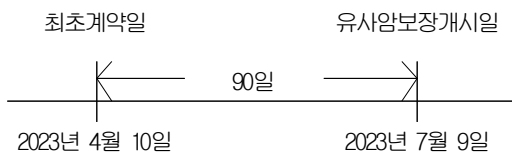
③ 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 유사암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실

이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 유사암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

⑤ 이 특별약관에서 유사암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 유사암보장개시일로 합니다.

【유사암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선전준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 유사암보장개시일의 전일 이전에 「유사암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

정)도 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급 사유)에서 정한 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 유사암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규

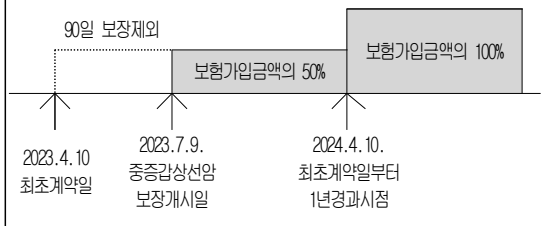
2-5. 갱신형 중증갑상선암진단비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 중증갑상선암보장개시일 이후에 「중증갑상선암」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증갑상선암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
중증갑상선암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【중증갑상선암진단비[예시]】



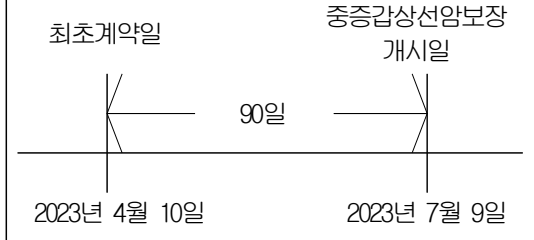
② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 중증갑상선암으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증갑상선암진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
중증갑상선암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 중증갑상선암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「중증갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 중증갑상선암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 중증갑상선암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 중증갑상선암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 중증갑상선암보장개시일로 합니다.

【중증갑상선암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중증갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어 「중증갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「갑상선암」중에서 “갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)” 또는 “갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)”에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항과 제2항에서 「중증갑상선암」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 하며, 이 경우 「중증갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「중증갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중증갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거

가 있어야 합니다.

【제3항에 따른 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 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 중증갑상선암보장개시일의 전일 이전에 「중증갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 중증갑상선암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

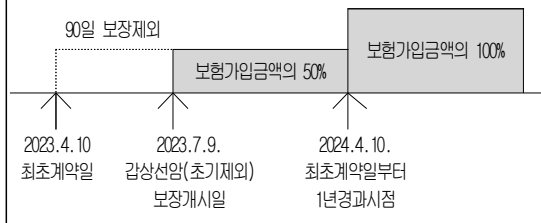
2-6. 갱신형 갑상선암(초기제외)진단비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 갑상선암(초기제외)보장개시일 이후에 「갑상선암(초기제외)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암(초기제외)진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선암(초기제외) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【갑상선암(초기제외)진단비[예시]】



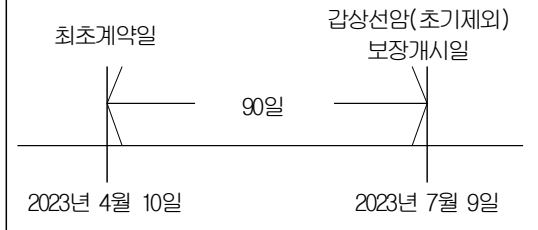
② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암(초기제외)진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
갑상선암(초기제외)진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 갑상선암(초기제외)보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「갑상선암(초기제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 갑상선암(초기제외)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 갑상선암(초기제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 갑상선암(초기제외)보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 갑상선암(초기제외)보장개시일로 합니다.

【갑상선암(초기제외)보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(갑상선암(초기제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「초기갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「갑상선암」 중에서 유두암(Papillary Cancer) 또는 여포암(Follicular Cancer)이고, 병리학적으로 암 종양의 크기가 2.0cm미만으로서 갑상선 내부에 한정되며, 림프절전이나 원격전이가 없는 갑상선암을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암(초기제외)」이라 함은 제1항에서 정한 「갑상선암」 중에서 제2항에서 정한 「초기갑상선암」을 제외한 질병을 말합니다.

④ 「갑상선암(초기제외)」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 하며, 이 경우 「갑상선암(초기제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「갑상선암(초기제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선암(초기제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 갑상선암(초기제외)보장개시일의 전일 이전에 「갑상선암(초기제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 갑상선암(초기제외)보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-7. 갱신형 갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비 보장 특별약관

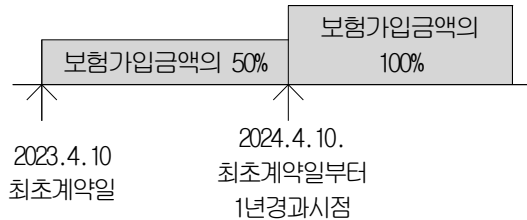
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 「갑상선암」 또는 「기타피부암」으로 진단확정된 이후 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을「전이암진단비」로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선암 및 기타피부암의 전이암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【전이암진단비(예시)】

< 갑상선암 및 기타피부암의 전이암 >



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 「전이암진단비」로 지급합니다.

구 분	지급금액
갑상선암 및 기타피부암의 전이암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 「갑상선암」 또는 「기타피부암」과 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」이 동시에 진단확정된 경우에도 제1항 및 제2항에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「갑상선암 및 기타피부암의 전이

암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 「전이암진단비」를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 「전이암진단비」에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(갑상선암, 기타피부암 및 갑상선암 및 기타피부암의 전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」이라 함은 제1항 및 제2항에서 정한 「갑상선암」 또는 「기타피부암」으로 진단확정된 기관(organ)(【별표7(기관(organ)분류표)】참조)과 다른 기관(organ)에 「전이암」으로 진단확정된 「암」을 말합니다.

④ 제3항의 「전이암」이라 함은 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 지속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

⑤ 제4항의 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

⑥ 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」 및 「암」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 하며, 이 경우 「갑상

선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」 및 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」 및 「암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

㉓ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」 및 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 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

㉔ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각호에 해당하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 「갑상선암」 또는 「기타피부암」으로 인하여 '종피성 및 연조직' (【별표7(기관(organ)분류표)】 참조)에 침윤

류표)】 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우

- ② 「갑상선암」 또는 「기타피부암」으로 인하여 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계' (【별표7(기관(organ)분류표)】 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우

제5조(특별약관의 소멸)

㉑ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

㉒ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

㉓ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

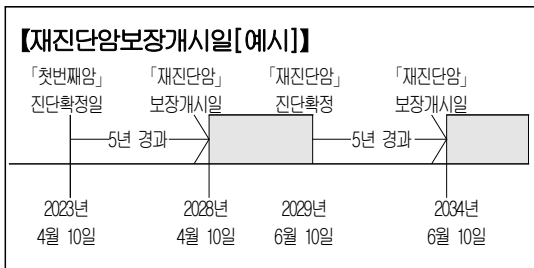
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-8. 갱신형 재진단암진단비 (5년대기형, 기타피부암, 갑상선암및전립선암포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

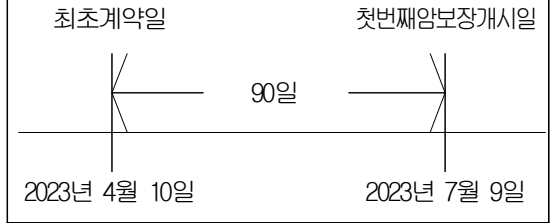
- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후에 「재진단암」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 보험가입금액을 재진단암진단비로 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「재진단암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 재진단암진단비를 지급합니다. 다만, 제9조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 재진단암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 이 특별약관에서 재진단암보장개시일이라 함은 다음 각 호를 따릅니다.

- ① 첫 번째 재진단암 : 첫번째암보장개시일 이후 「최초로 발생한 「암」(이하 「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 5년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음 날
- ② 두 번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암 진단 확정일부터 그날을 포함하여 5년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날



- ④ 이 특별약관에서 첫번째암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 첫번째암보장개시일로 합니다.

【첫번째암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- ② 「암」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 하며, 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(재진단암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「재진단암」이란 첫번째암보장개시일 이후 「첫번째암」 또는 「재진단암」 진단확정일로부터 5년 경과 후 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말합니다.

- ① 새로운 원발암
- ② 전이암
- ③ 재발암
- ④ 잔여암

② 제1항 제1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

④ 제1항 제3호에서 「재발암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 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 하며, 이 경우 「재진단암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「재진단암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

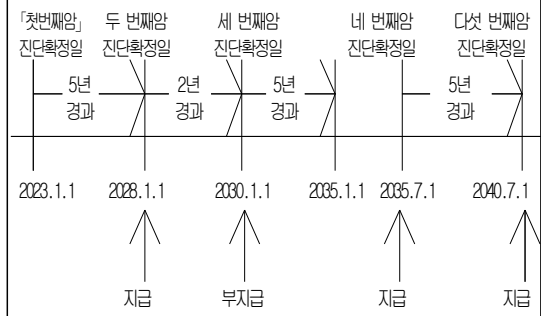
⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외합니다.

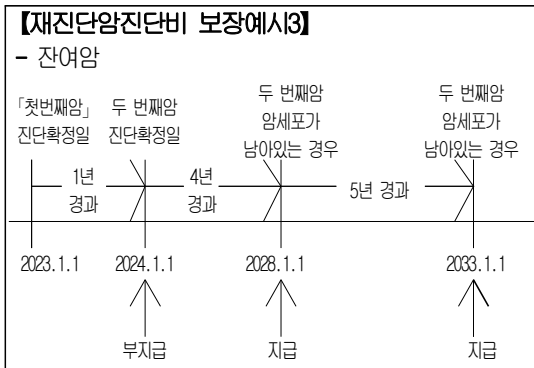
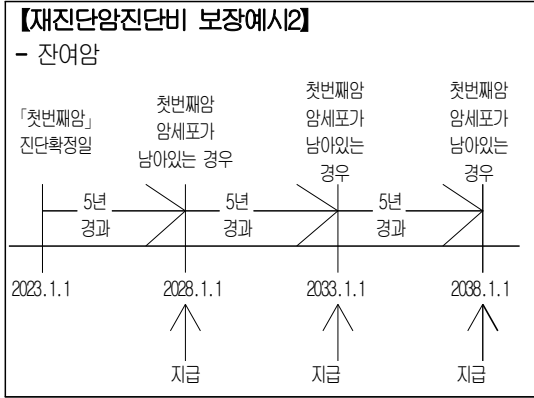
【제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 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

【재진단암진단비 보장예시1】

- 새로운 원발암, 전이암, 재발암





제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 「재진단암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 5년 내에 제4조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제4호까지의 암으로 진단확정된 경우에는 재진단암진단비를 지급하지 않습니다.

제6조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭스, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과

의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제8조(특별약관의 무효)

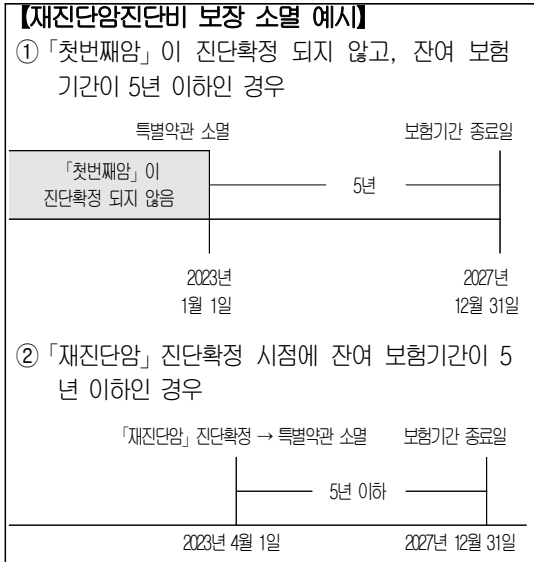
① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 첫번째암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

- ① 「첫번째암」이 진단확정되지 않고, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 5년 이하인 경우
- ② 「재진단암」이 진단확정 시점에 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 5년 이하인 경우



② 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 재진단암보장개시일 및 첫번째암보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 특별약관이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에

동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 특별약관(이하 「갱신평약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ③ 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입 완료 되었을 것
- ④ 갱신전 특별약관이 소멸되지 않을 것

② 갱신평약의 보험기간은 갱신전 특별약관의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 특별약관의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-5세)까지 「첫번째암」이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-5세) 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

④ 회사는 갱신평약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신평약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

⑤ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제4항의 갱신평약 보험료에 대하여 갱신전 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

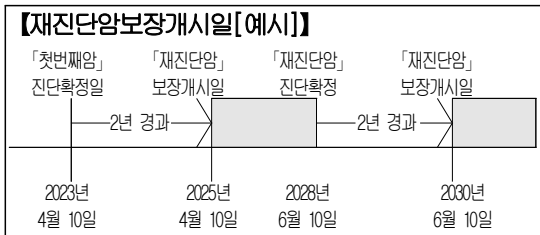
2-9. 갱신행

재진단암진단비(2년대기형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

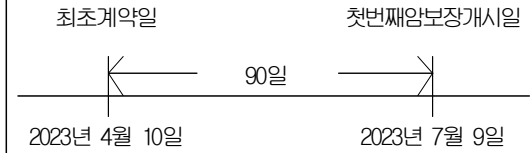
- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후에 「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 보험가입금액을 재진단암진단비로 지급하여 드립니다.(이하 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외))은 「재진단암」이라 합니다)
- ② 피보험자가 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「재진단암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 재진단암진단비를 지급합니다. 다만, 제9조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 재진단암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 이 특별약관에서 재진단암보장개시일이라 함은 다음 각 호를 따릅니다.

- ① 첫 번째 재진단암 : 첫번째암보장개시일 이후 최초로 발생한 「암(유사암제외)」(이하 「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
- ② 두 번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날



- ④ 이 특별약관에서 첫번째암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 첫번째암보장개시일로 합니다.

【첫번째암보장개시일(예시)】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- ⑥ 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 과목의 전문의 자격증을 가진 자에 의하

여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

개시일 이후 「첫번째암」 또는 「재진단암」 진단확정 일로부터 2년 경과 후 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말합니다. 단, 재진단암이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 새로운 원발암
- ② 전이암
- ③ 재발암
- ④ 잔여암

② 제1항 제1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 함)을 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 지속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

④ 제1항 제3호에서 「재발암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 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 하며, 이 경우 「재진단암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「재진단암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외합니다.

제4조(재진단암의 정의 및 진단확정)

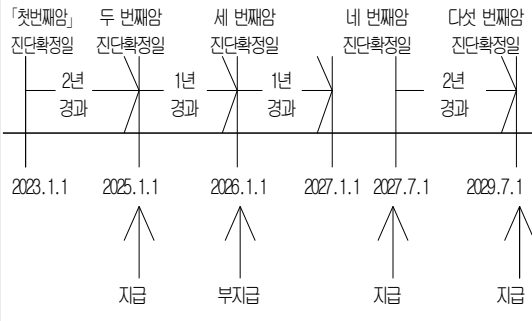
① 이 특별약관에서 「재진단암」이란 첫번째암보장

【제6항에 따른 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

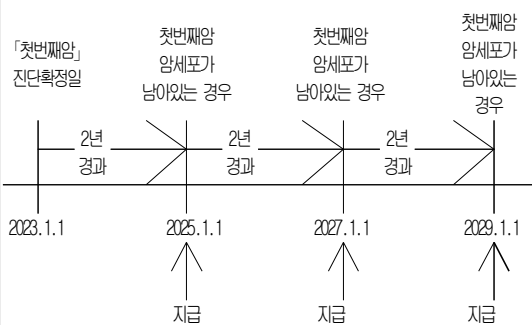
【재진단암진단비 보장예시1】

- 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



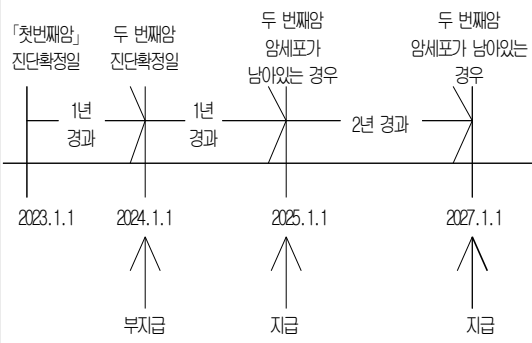
【재진단암진단비 보장예시2】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【재진단암진단비 보장예시3】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 「재진단암」의 지급사유가 발생하고 해당

지급사유 발생일부터 2년 내에 제4조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제4호까지의 암(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외)으로 진단확정된 경우에는 재진단암진단비를 지급하지 않습니다.

제6조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조

치

- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제8조(특별약관의 무효)

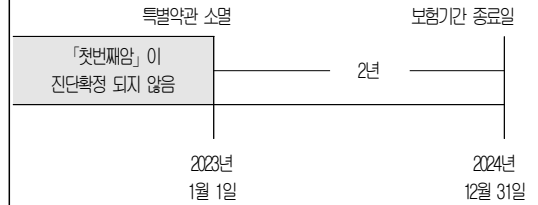
- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 첫번째암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

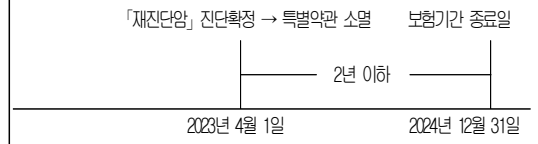
- ① 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
- ① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
 - ② 「재진단암」이 진단확정 시점에 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

【재진단암진단비 보장 소멸 예시】

- ① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



- ② 「재진단암」 진단확정 시점에 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



- ② 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 재진단암보장개시일 및 첫번째암보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 자동갱신)

- ① 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 특별약관이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.
- ① 갱신될 특별약관(이하 「갱신평약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
 - ③ 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입 완료 되었을 것
 - ④ 갱신전 특별약관이 소멸되지 않을 것
- ② 갱신평약의 보험기간은 갱신전 특별약관의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피

보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 특별약관의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-2세)까지 「첫번째암」이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-2)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

④ 회사는 갱신탁약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신탁약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

⑤ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제4항의 갱신탁약 보험료에 대하여 갱신전 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-10. 갱신행 16대특정암진단비보장 특별약관

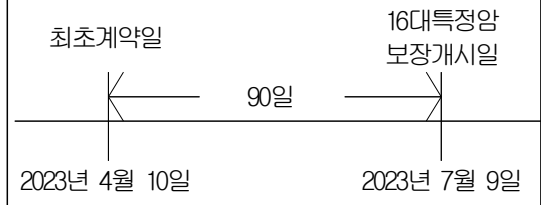
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 16대특정암보장개시일 이후에 「16대특정암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 16대특정암진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 16대특정암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 16대특정암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 16대특정암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 16대특정암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 16대특정암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 16대특정암보장개시일로 합니다.

【16대특정암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(16대특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「16대특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「16대특정암」으로 분류되는 질병으로 【별표8(16대특정암분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조

직의 악성신생물, 간 및 간내 담관의 악성신생물, 기관의 악성신생물, 기관지 및 폐의 악성신생물, 흉선의 악성신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성신생물, 담낭의 악성신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 소장
의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② 「16대특정암」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 하며, 이 경우 「16대특정암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「16대특정암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「16대특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 16대특정암보장개시일의 전일 이전에 「16대특정암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 16대특정암 진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다

다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 16대특정암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-11. 갱신형 5대고액치료비암진단비보장 특별약관

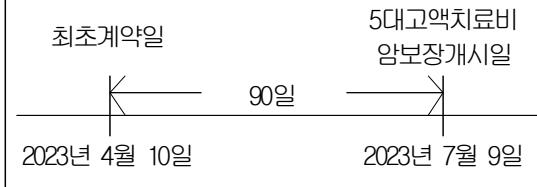
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 5대고액치료비암보장개시일 이후에 「5대고액치료비암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대고액치료비암진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 5대고액치료비암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 5대고액치료비암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 5대고액치료비암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 5대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 5대고액치료비암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 5대고액치료비암보장개시일로 합니다.

【5대고액치료비암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「5대고액치료비암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로 【별표9(5대고액치료비암 분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물,

뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② 「5대고액치료비암」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 하며, 이 경우 「5대고액치료비암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「5대고액치료비암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「5대고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 5대고액치료비암보장개시일의 전일 이전에 「5대고액치료비암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연

체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 5대고액치료비암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-12. 갱신형 매월 계속암치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

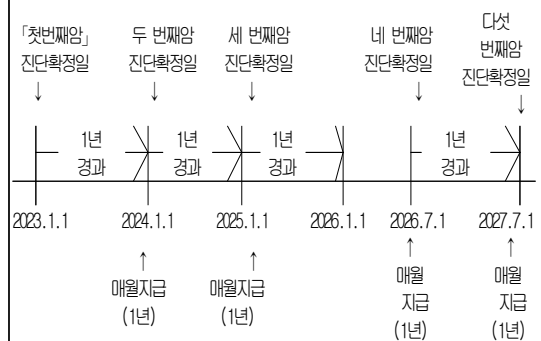
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 계속암보장개시일 이후 「계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 아래의 금액을 「매월 계속암치료비」로 매월 1년간 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 「매월 계속암치료비」지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
계속암 진단시	보험가입금액을 매월 1년간 확정지급

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2023년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2023년 2월 28일

【「매월 계속암치료비」 지급예시】



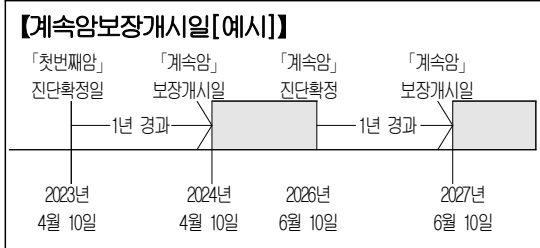
② 피보험자가 보험기간 중 계속암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「계속암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 「매월 계속암치료비」를 지급합니다. 다만, 제9조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 「매월 계속암치료비」에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

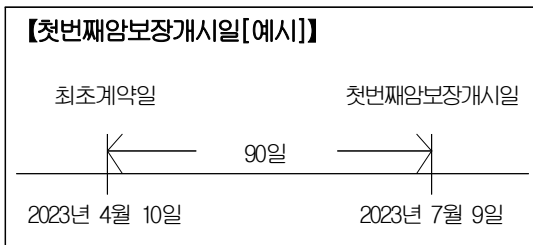
④ 이 특별약관에서 계속암보장개시일이라 함은 다음 각 호를 따릅니다.

① 첫 번째 「계속암」 : 첫번째암보장개시일 이후 최초로 발생한 「암(유사암제외)」(이하

- 「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다) 이 지난 날의 다음날
- ② 두 번째 이후 「계속암」 : 직전 「계속암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날



⑤ 이 특별약관에서 첫번째암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 첫번째암보장개시일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및

C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 061(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발

암이 완치되었다면, 이차성 및 상세포불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(계속암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「계속암」이란 첫번째암보장개시일 이후 「첫번째암」 또는 「계속암」 진단확정일로부터 1년 경과 후 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말합니다. 단, 계속암이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 새로운 원발암
- ② 전이암
- ③ 재발암
- ④ 잔여암

② 제1항 1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「계속암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

④ 제1항 3호에서 「재발암」이란 「첫번째암」 또는 「계속암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「계속암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「계속암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑤ 제1항 4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「계속암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「계속암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의

학의 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 하며, 이 경우 「계속암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「계속암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

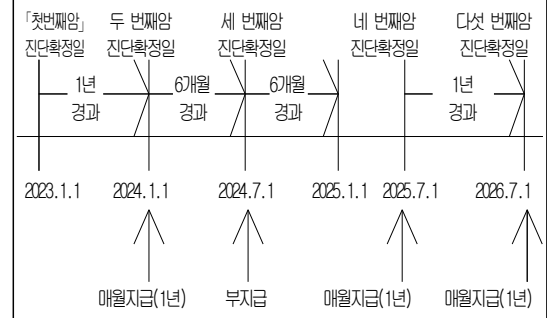
⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「계속암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외합니다.

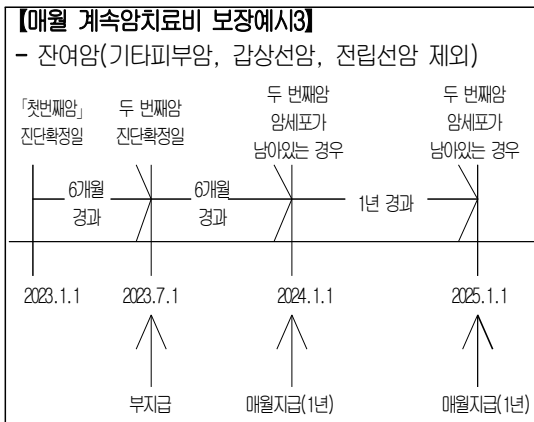
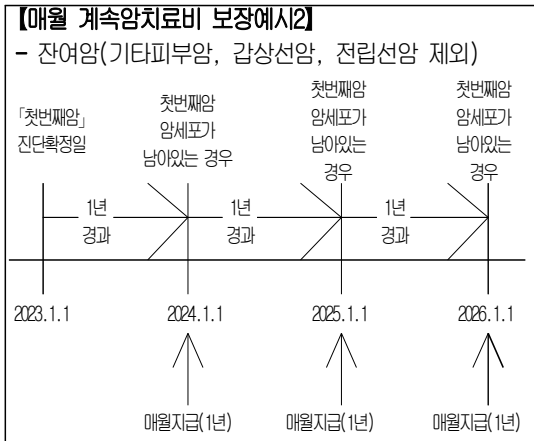
【제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 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

【매월 계속암치료비 보장예시1】

- 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)





제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 「계속암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 1년 이내에 제4조(계속암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제4호까지의 암(「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 제외)으로 진단확정된 경우에는 「매월 계속암치료비」를 지급하지 않습니다.

제6조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭스, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

다.

제7조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제8조(특별약관의 무효)

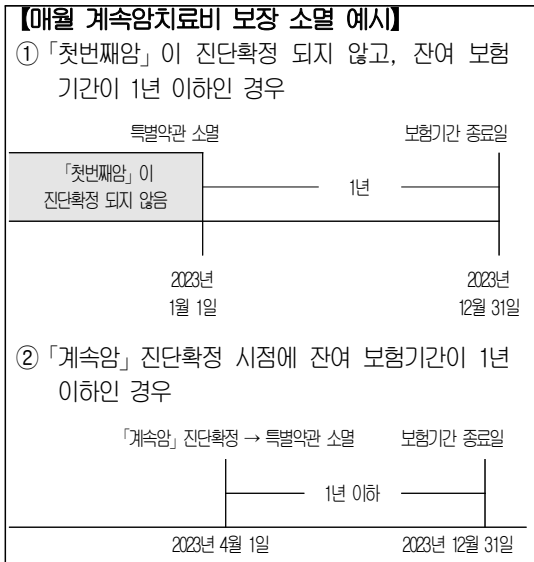
① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일로부터 첫번째암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연

단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
 ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

- ① 「첫번째암」이 진단확정되지 않고, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
- ② 「계속암」이 진단확정 시점에 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우



② 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 계속암보장개시일 및 첫번째암보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 특별약관이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 특별약관(이하 「갱신평약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ③ 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입 완료 되었을 것
- ④ 갱신전 특별약관이 소멸되지 않을 것

② 갱신평약의 보험기간은 갱신전 특별약관의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 특별약관의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-1세)까지 「첫번째암」이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-1세) 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

④ 회사는 갱신평약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신평약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

⑤ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제4항의 갱신평약 보험료에 대하여 갱신전 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-13. 갱신형 암수술비(유사암제외)보장 특별약관

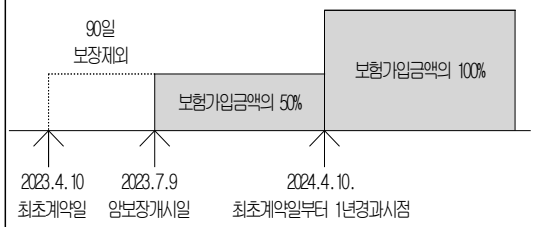
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 암수술비(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일로부터 1년경과시점 이후
암(유사암제외) 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암수술비(유사암제외)】[예시]

< 암(유사암제외) >

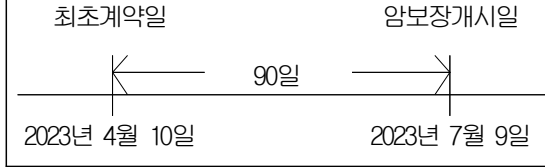


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암수술비(유사암제외) 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 암수술비(유사암제외)로 지급합니다.

구분	지급금액
암(유사암제외) 수술시	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(유사암제외)가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- ② 「암(유사암제외)」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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일로부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로

합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

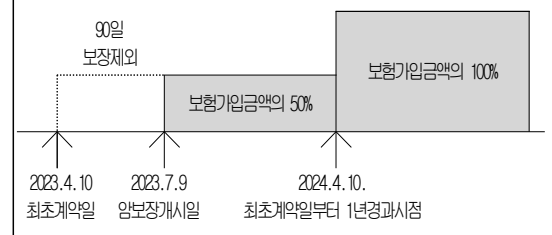
2-14. 갱신형 암수술비(유사암제외) (25%체증형)보장 특별약관

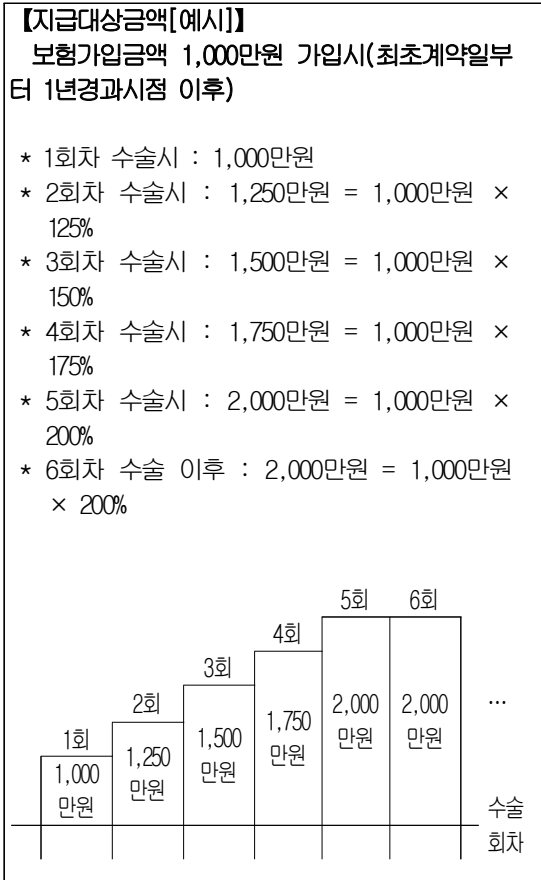
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 회차에 따라 아래에서 정한 보험가입금액을 암수술비(유사암제외)(25%체증형)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암(유사암제외) (25%체증형) 1회차 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
암(유사암제외) (25%체증형) 2회차 수술시	보험가입금액의 62.5%	보험가입금액의 125%
암(유사암제외) (25%체증형) 3회차 수술시	보험가입금액의 75%	보험가입금액의 150%
암(유사암제외) (25%체증형) 4회차 수술시	보험가입금액의 87.5%	보험가입금액의 175%
암(유사암제외) (25%체증형) 5회차 수술 이후	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 200%

【암수술비(유사암제외)(25%체증형)【예시】】



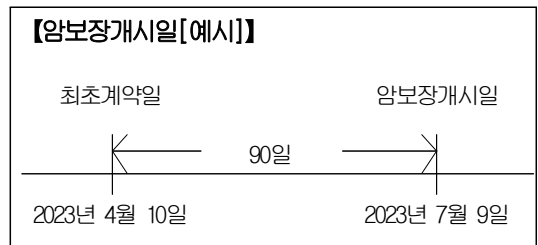


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암수술비(유사암제외)(25%체증형) 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 수술 회차에 따라 보험가입금액을 기준으로 매 회당 25%씩 체증한 아래의 금액(5회차 이후로는 동일)을 암수술비(유사암제외)(25%체증형)로 지급합니다.

③ 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에도 불구하고, 제1항의 수술 회차는 최초계약일부서의 수술 횟수를 말합니다.

구분	지급금액
암(유사암제외)(25%체증형) 1회차 수술시	보험가입금액의 100%
암(유사암제외)(25%체증형) 2회차 수술시	보험가입금액의 125%
암(유사암제외)(25%체증형) 3회차 수술시	보험가입금액의 150%
암(유사암제외)(25%체증형) 4회차 수술시	보험가입금액의 175%
암(유사암제외)(25%체증형) 5회차 수술 이후	보험가입금액의 200%

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(유사암제외)(25%체증형)가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진

단검사의학의 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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」

라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 쉐리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 수술확인서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-15. 갱신형 유사암수술비보장 특별약관

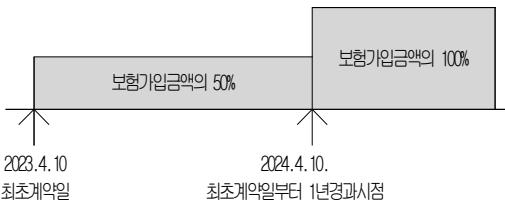
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 유사암수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【유사암수술비(예시)】

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 유사암수술비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 유사암수술비로 지급합니다.

구분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 유사암수술비가 지급되지 않습니다.
 ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자

의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)

- ④ 미용성형 목적의 수술

- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술

- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)

- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

- ⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-16. 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관

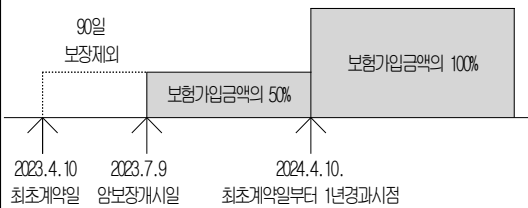
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

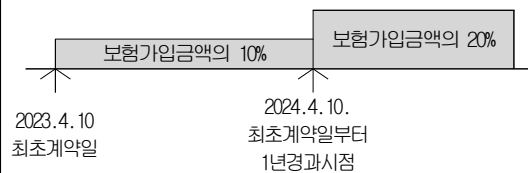
구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암(유사암제외)으로 항암방사선·약물치료시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 10%	보험가입금액 의 20%

【항암방사선약물치료비[예시]】

< 암(유사암제외) >



< 기타피부암 및 갑상선암 >



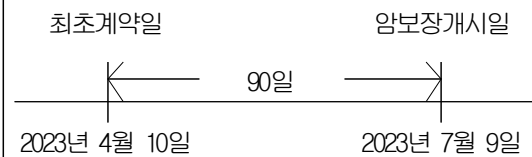
② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 항암방사선약물치료비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암제외)으로 항암방사선·약물치료시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20%

③ 다만, 「암(유사암제외)」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시에 해당하는 보험금은 지급하지 않으며, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「암(유사암제외)」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 암으로 항암방사선·약물치료시에 해당하는 보험금을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정

의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세포암 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를

기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세포암 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복

리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암 제외)」으로 인한 항암방사선약물치료비(「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 인한 항암방사선·약물치료시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-17. 갱신형 계속받는 항암방사선약물치료비 (급여)(연간1회)보장 특별약관

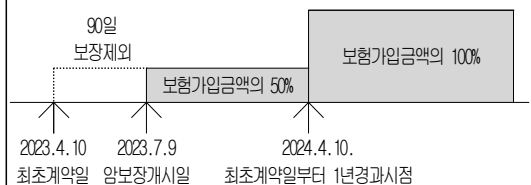
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(급여 항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 급여 항암방사선약물치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

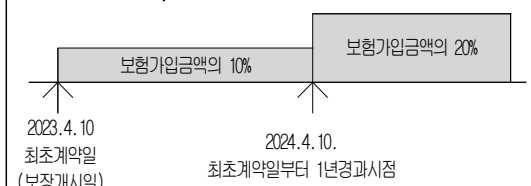
구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암(유사암제외)으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 각각 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

【계속받는 항암방사선약물치료비(급여)【예시】】

< 암(유사암제외)>



< 기타피부암, 갑상선암 >

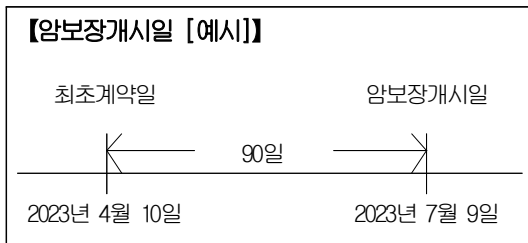


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 급여 항암방사선약물치료비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 급여항암방사선약물치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암제외)으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 100%
기타피부암, 갑상선암으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 각각 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 20%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니

다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선전준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(급여 항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「급여 항암방사선치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「항암방사선치료」 항목에서 급여(전액본인부담 제외)항목이 발생한 경우로서 **【별표10(급여 항암방사선치료 분류표)】**에서 정한 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」를 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표에서 정한 진료행위 외에 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

④ 제1항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「급여 항암약물」이라 함은 **【별표11(급여 항암약물 분류표)】**에서 정한 약제를 말합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 「급여 항암약물」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「급여 항

암약물」을 따릅니다.

⑦ 제5항 및 제6항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 **【별표11(급여 항암약물 분류표)】**에 해당하는 약제 외에 「급여 항암약물」에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 합니다. 단, 보건복지부 고시 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」에서 정한 요양급여의 세부인정기준 및 방법을 벗어난 경우 또는 영수증 및 이에 대한 세부내역을 통해 그 비용의 전액을 환자가 부담한 것으로 확인되는 경우는 해당하지 않습니다.

⑧ 이 특별약관에서 「급여 항암약물치료」라 함은 「급여 항암약물」을 투여하는 것을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 「항암약물」을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」필수 기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우

에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-18. 갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ) (요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관

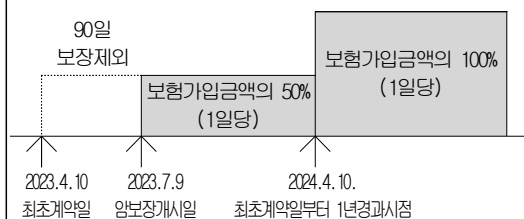
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

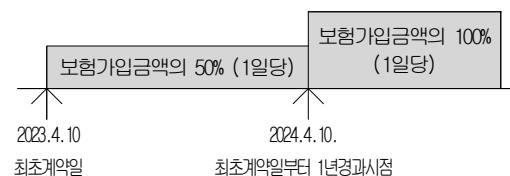
구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 입원시	최초입원일 부터 입원 1 일당 보험가입금 액의 50%	최초입원일 부터 입원 1 일당 보험가입금 액의 100%

【암직접치료입원일당(Ⅱ)(1일이상)[예시】】

< 암(유사암제외) >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >

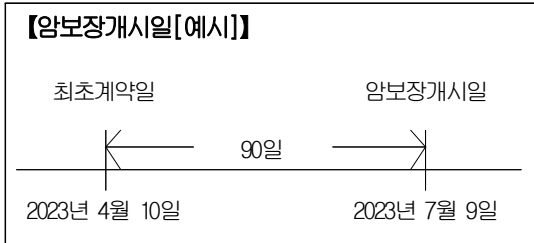


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상

선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 입원시	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입

원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.
- ⑦ 「암 등의 질병」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 기

초로 하여야 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(「암 등의 질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행

하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력 강화 치료
- ③ 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
 - ① 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 - ② 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - ③ 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제5조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됨니

다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병」의 직접적인 치료」를 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병」의 직접적인 치료」를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병 명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 「암 등의 질병」의 직접적인 치료」를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1

절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-19. 갱신형 암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)
- ② 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- ① 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 되고 「보험금 지급기간」 이내에 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「암(유사암제외)」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「암(유사암제외)의 진단해당일」(「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「암(유사암제외)의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「암(유사암제외)의 진단해당일」로 합니다.

④ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 8.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



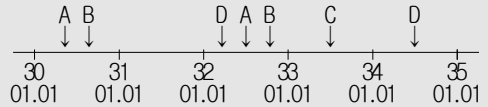
【암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간) [예시](가입금액 1,000만원 기준)】

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

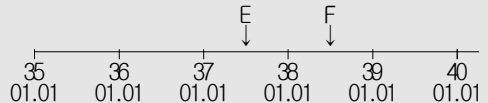
-C15(식도의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2030년 1월 1일

-C32(후두의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2031년 1월 1일

- A: 암수술(C15)
- B: 항암방사선치료(C15)
- C: 항암약물치료(C15)
- D: 항암약물치료(C32)
- E: 항암약물치료(C32)
- F: 암수술(C32)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
1,000만원	-	1,000만원	1,000만원	1,000만원



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	1,000만원	1,000만원	-

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에

「암(유사암제외)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)], [2종(보험료 납입면제 1형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은

경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ③ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(납입면제에 관한 세부규정)

① 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 5.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3

자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장애지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장애분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장애지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이미 결정된 장애지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장애분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장애가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

7.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

- ① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

- ① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1” 에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

8.(보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「암(유사암제외)」으로 진단확정을 받은 경우에도 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

9.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연

체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

② 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 되고 「보험금 지급기간」 이내에 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」(「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」로 합니다.

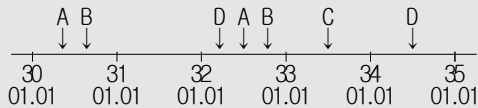
【기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)[예시](가입금액 200만원 기준)]

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

-C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일

-C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

A: 기타피부암수술(C44)
B: 항암방사선치료(C44)
C: 항암약물치료(C44)
D: 항암약물치료(C73)
E: 항암약물치료(C73)
F: 갑상선암수술(C73)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
200만원	-	200만원	200만원	200만원



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	200만원	200만원	-

*2030년 1월 1일 C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)만

지급합니다.

3.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1종(보험료 납입면제 미적용형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

【2종(보험료 납입면제 1형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

【3종(보험료 납입면제 2형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을

면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

5.(납입면제에 관한 세부규정)

① 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년

이 지난 이후에는 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

④ 제3항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 4.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제)

[3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

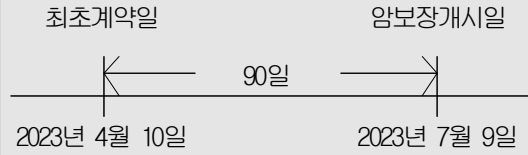
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

12 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

13 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 7.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



6.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

- 1 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- 3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- 4 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

- 1 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종속이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

7.(보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받은 경우에 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제4조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물

(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 원치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단

확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(암주요치료의 정의)

① 「암주요치료」라 함은 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

- ① 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ② 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 채액·조직

을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 쉐리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-20. 갱신형 종합병원 암직접치료입원일당 (1일이상 365일한도)보장 특별약관

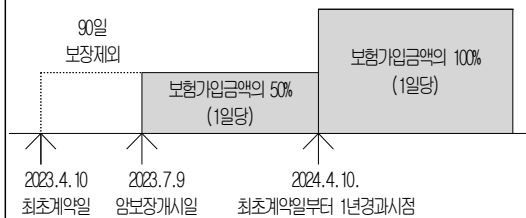
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 종합병원에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 종합병원 암직접치료입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

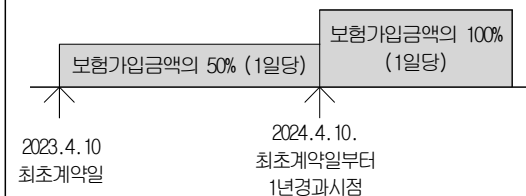
구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 종합병원에 입원시	최초입원일부터 입원 1일당 보험가입금액의 50%	최초입원일부터 입원 1일당 보험가입금액의 100%

【종합병원 암직접치료입원일당(1일이상 365일 한도)【예시】】

< 암(유사암제외) >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



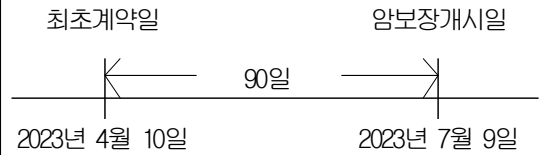
② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항

제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 종합병원에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 아래의 보험가입금액을 종합병원 암직접치료입원일당으로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 종합병원에 입원시	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일【예시】】



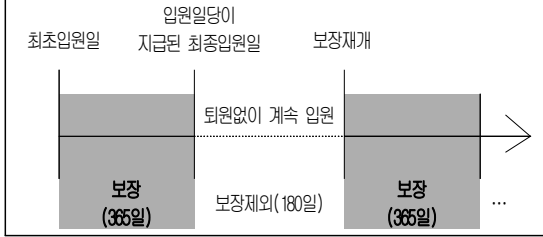
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 종합병원 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 최고 한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 종합병원 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 종합병원 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【종합병원 암직접치료입원일당[예시]



④ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 종합병원 암직접치료입원일당을 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

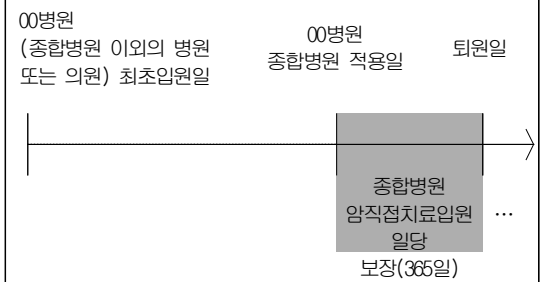
⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 제6조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 암직접치료입원일당을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제6조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 암직접치료입원일당을 지급합니다.

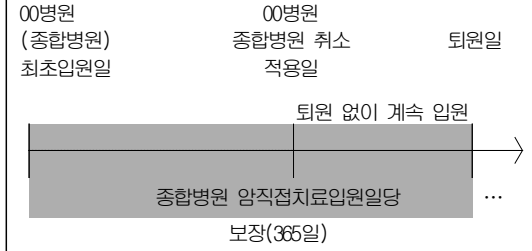
⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 암직접치료입원일당을 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우[예시]



⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 암직접치료입원일당을 지급합니다.

【종합병원 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우[예시]



⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차

한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」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 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암 등의 질병의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」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)(이하 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 - ② 면역력 강화 치료
 - ③ 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
- ① 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 - ② 「암 등의 질병」의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - ③ 「암 등의 질병」의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제5조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「암 등」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병」의 직접적인 치료」를 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병」의 직접적인 치료」를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 「암 등의 질병」의 직접적인 치료」를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 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.

제7조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료를 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부

활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-21. 갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ) (1일이상 90일한도)보장 특별약관

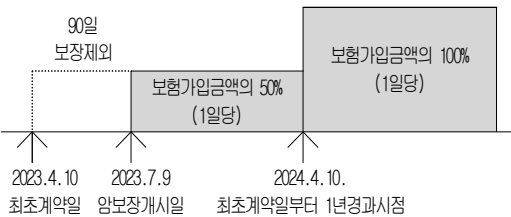
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

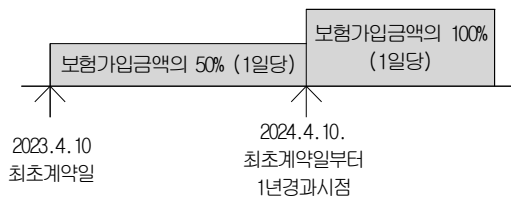
구 분	지급금액	
	최초계약일 부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년경과시점 이후
암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 요양병원에 입원시	최초입원일 부터 입원 1 일당 보험가입금 액의 50%	최초입원일 부터 입원 1 일당 보험가입금 액의 100%

【암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상)【예시】】

< 암(유사암제외) >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「암 등의 질병」의 치료

구 분	지급금액
암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 요양병원에 입원시	보험가입금액의 100%

【암보장개시일[예시]】

최초계약일

암보장개시일

90일

2023년 4월 10일

2023년 7월 9일

- ① 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 1회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

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

⑧ **보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.**

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분

류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-22. 갱신형 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상 진단비보장 특별약관

* 이 특별약관은 1형(해약환급금 지급형) 가입시에 한하여 가입가능합니다.

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- | |
|--------------------------|
| ① 중증질환자(중복암) 산정특례대상 진단비 |
| ② 중증질환자(재등록암) 산정특례대상 진단비 |

제2조(보험금의 지급사유)

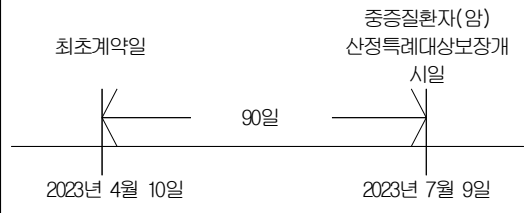
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래 각 호의 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

- ① 중증질환자(중복암) 산정특례대상 진단비 :
보험기간 중 중증질환자(암) 산정특례대상보장개시일 이후에 진단 확정된 「중증질환자(암) 산정특례대상질병」으로 인하여 「중복암」에 해당하는 「중증질환자(암) 산정특례대상」으로 보험기간 중에 등록된 경우 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 중증질환자(중복암) 산정특례대상진단비로 지급합니다.
- ② 중증질환자(재등록암) 산정특례대상 진단비 :
보험기간 중 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장개시일 이후에 진단 확정된 「중증질환자(암) 산정특례대상질병」으로 인하여 「재등록암」에 해당하는 「중증질환자(암) 산정특례대상」으로 보험기간 중에 등록된 경우 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 중증질환자(재등록암) 산정특례대상진단비로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 제10조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 중증질환자(암) 산정특례대상보장개시일로 합니다. 다만, '유사암' 및 '뇌.수막의 양성신생물'에 대한 보장개시일은 최초계약일로 합니다.

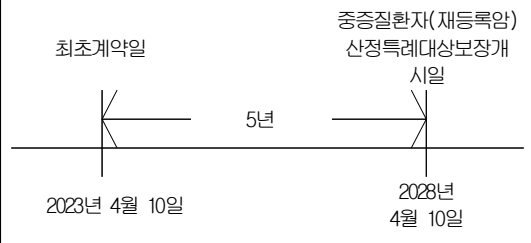
【중증질환자(암) 산정특례대상보장개시일[예시]

※ 단, 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 진단은 제외됩니다.



③ 이 특별약관에서 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 5년이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 제10조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장개시일로 합니다.

【중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장개시일[예시]



④ 지금 산정의 기준일자는 「중복암」 및 「재등록암」에 해당하는 「중증질환자(암) 산정특례대상」 등록일(해당 「중증질환자(암) 산정특례대상질병」의 「중복암」 및 「재등록암」 산정특례 등록을 위하여 최초로 「중복암」 및 「재등록암」을 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 「중복암」 및 「재등록암」에 해당하는 「중증질환자(암) 산정특례대상질병」의 진단확정일로 적용합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 보험수익자가 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 「중복암」 및 「재등록암」에 해당하는 「중증질환자(암) 산정특례대상」으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(중증질환자(암) 산정특례대상 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「중증질환자(암) 산정특례대상」이라 함은 【별표32】(중증질환자(암) 산정특례대상 분류표)에서 정한 중증질환자(암) 산정특례대상질병으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「중복암」이라 함은 「본인일부 부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 제7조 제4항에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 「중복암」으로 표기된 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「재등록암」이라 함은 「본인일부 부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 제8조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 「재등록암」으로 표기된 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「뇌·수막의 양성신생물」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 032(수막의 양성신생물)와 분류번호 033(뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물)으로 분류되는 질병(【별표39】(중증질환자(암) 산정특례대상질병 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ 제1항의 「중증질환자(암) 산정특례대상질병」(뇌·수막의 양성신생물 제외)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 하며, 이 경우 「중증질환자(암) 산정특례대상질병」(뇌·수막의 양성신생물 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「중증질환자(암) 산정특례대상질병」(뇌·수막의 양성신생물 제외)의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중증질환자(암) 산정특례대상질병」(뇌·수막의 양성신생물 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제5항에 따른 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

⑦ 「뇌·수막의 양성신생물」의 진단확정은 의료법

제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 「의사」라고 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 단, CT 촬영만으로 확진한 경우, 산정특례 등록 신청서의 「CT 소견」란에 담당 의사 소견을 기재해야 합니다. 또한, 회사가 「뇌·수막의 양성신생물」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사 결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증질환자(암) 산정특례 대상」 해당여부는 판단하는 시점에 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑨ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑪ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑫ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑬ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

- 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

- 「중증질환자(암) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 중증질환(암)으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

- 중증질환자 암질환의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

【중증질환자(중복암) 산정특례】

- 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 제7조(산정특례 등록 신청 등) 제4항 제3항에도 불구하고 제4조 중 암환자로 등록된 자가 산정특례 적용기간 중 추가로 발생한 다른 암종(전이암 제외)에 대하여 산정특례를 신청한 경우, 추가로 발생한 암의 진단확진일부부터 적용한다

【중증질환자(재등록암) 산정특례】

- 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 제8조(산정특례 재등록) 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록된 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우

- 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 제8조(산정특례 재등록) 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록된 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

- 재등록 시에도 암 산정특례 등록기준을 충족해야 하며, 등록기준 미 충족 시에는 등록기준 예외적용 기준을 충족하는 경우에만 재등록 가능

제5조(법령 등의 개정에 따른 특별약관내용의 변경)

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 특별약관내용을 변경할 수 있습니다.
 - ① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 특별약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 - ② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 특별약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 - ③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 특별약관유지 필요가 없어지는 경우
 - ④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 특별약관이 변경되는 경우 특별약관내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 특별약관내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경일 전일까지 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑦ 제2항 부터 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지

급합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등])
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 중증질환자(암) 산정특례대상보장개시일의 전일 이전에 「중증질환자(암) 산정특례대상질병」(유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
- ② 제1항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 중증질환자(재등락암) 산정특례대상보장개시일의 전일 이전에 「재등락암」에 해당하는 「중증질환자(암) 산정특례대상질병」으로 진단확정되는 경우에는 중증질환자(재등락암) 산정특례대상 진단비보장을 무효로 하며 이미 납입한 중증질환자(재등락암) 산정특례대상 진단비보장의 보험료를 돌려드립니다.
- ③ 다만, 제1항 및 제2항에 대하여 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을

더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(중복암) 산정특례대상진단비 또는 중증질환자(재등락암) 산정특례대상진단비가 지급된 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(중복암) 산정특례대상진단비 및 중증질환자(재등락암) 산정특례대상진단비를 각 1회씩 총 2회 지급 받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸된 때에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ④ (갱신종료나이-5세)에 「중증질환자(암) 산정특례대상」으로 등록되어 있지 않은 경우에는 중증질환자(재등락암) 산정특례대상 진단비보장을 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
- ⑤ 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ⑥ 제4항 및 제5항의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 중증질환자(암) 산정특례대상보장개시일 및 중증질환자(재등락암) 산정특례대상보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 특별약관이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 특별약관(이하 「갱신특약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가

정한 나이의 범위내일 것

- ③ 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입 완료 되었을 것
- ④ 갱신전 특별약관이 소멸되지 않을 것
- ② 갱신특약의 보험기간은 갱신전 특별약관의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 특별약관의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 갱신종료나이-5세)에 「중증질환자(암) 산정특례대상」으로 등록되어 있지 않은 경우에는 중증질환자(재등락암) 산정특례대상 진단비보장을 (갱신종료나이-5)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.
- ④ 회사는 갱신특약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신특약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
- ⑤ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제4항의 갱신특약 보험료에 대하여 갱신전 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제), 제29조(납입면제에 관한 세부규정) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

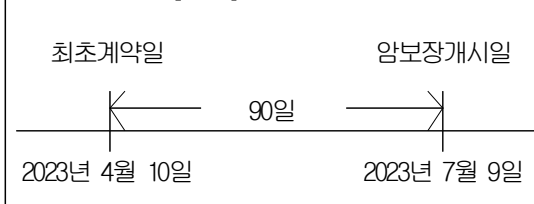
2-23. 갱신형 암직접치료통원일당 (상급종합병원)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 암직접치료통원일당으로 지급합니다. 다만, 상급종합병원 암직접치료통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 암직접치료통원일당의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일로부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 암직접치료통원일당을 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 암직접치료통원일당을 지급합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자

의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」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 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를

받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(「암 등의 질병의 직접적인 치료」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」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)(이하 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.
- ② 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력 강화 치료
- ③ 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
 - ① 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 - ② 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - ③ 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제5조(통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「암 등의 질병」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만

「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제7조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제7조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기

간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

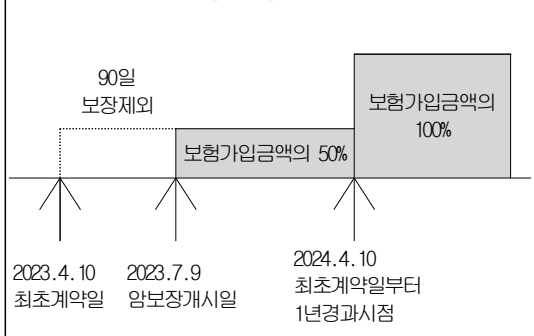
2-24. 갱신형 암특정재활치료비 (급여, 1일1회한, 연간20회한) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되고, 입원 중에 「암특정재활치료(급여)」(이하 「입원 암특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「암특정재활치료(급여)」(이하 「외래 암특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 암특정재활치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암특정재활치료시 (급여, 1일1회한, 연간20회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암특정재활치료비[예시]】



② 제1항의 암특정재활치료비는 연간 발생한 「입원 암특정재활치료(급여)」와 「외래 암특정재활치료(급여)」를 합산하여 연간 최대 20회 한도로 지급합니다.

③ 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

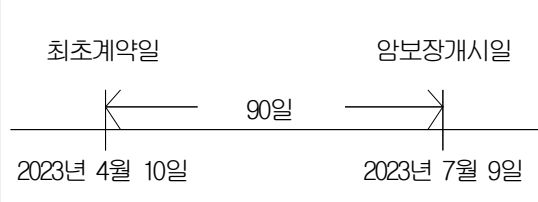
④ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 1일 1회, 연간 20회에 한하여 아래의 금액을 암특정재활치료비로 지급

니다.

구 분	지급금액
암특정재활치료시 (급여, 1일1회한, 연간20회한)	보험가입금액의 100%

⑤ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



제2조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 「암」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 하며, 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제3조(암특정재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암특정재활치료(급여)」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료 목적의 암 치료 중, 암 치료 완료 후 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암특정재활치료(급여)」라 함은 「암」의 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정 에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
단순운동치료[1일당]	MM101
운동치료-복합운동치료[1일당]	MM102
운동치료-등속성운동치료[1일당]	MM103
작업치료-단순작업치료	MM111
작업치료-복합작업치료	MM112
작업치료-특수작업치료	MM113
일상생활동작훈련치료[1일당]	MM114
압박치료[1일당]	MM190
복합림프물리치료[1일당]	MM200
재활기능치료-매트밋이동치료	MX301
재활기능치료-보행치료	MX302
항문직장및골반근의생체도막이기치료[1일당]	MX031
연하장애재활치료	MX141
연하재활 - 기능적전기자극치료	MZ008

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「암특정재활치료(급여)」 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제2항의 「암특정재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

(예시) 암 진단을 받은 피보험자가 암 진단과 관련이 없는 질병, 상해로 암특정재활치료(급여)를 받은 경우는 보장하지 않습니다.

제4조(입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가

인정하는 의료기관에 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 다음 각 호의 경우에는 「입원 암특정재활치료(급여)」와 「외래 암특정재활치료(급여)」 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 「입원 암특정재활치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 「외래 암특정재활치료(급여)」를 받은 경우
2. 피보험자가 동일한 날에 「외래 암특정재활치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 「입원 암특정재활치료(급여)」를 받은 경우

【예시1】

병원에 통원하여 「단순운동치료(MM101)」, 「작업치료-단순작업치료(MM111)」, 「재활기능치료-보행치료(MM302)」 재활치료를 모두 동일한 날에 받은 경우

⇒ 「지급금액×1회」에 해당하는 보험금 지급
(여러 진료행위를 받더라도 1일 1회에 한함)

【예시2】

병원에 통원하여 「단순운동치료(MM101)」 재활치료를 받고, 그 날 병원에 입원하여 「작업치료-단순작업치료(MM111)」와 「재활기능치료-보행치료(MM302)」 재활치료를 받은 경우

⇒ 「지급금액×2회」에 해당하는 보험금 지급
(외래 1회 + 입원 1회)

【예시3】

연간 1년내에 병원에 입원하여 15일에 해당하는 암특정재활치료(급여)를 받고, 퇴원 후 병원에 통원하여 10일에 해당하는 암특정재활치료(급여)를 받은 경우

⇒ 「지급금액×20회」에 해당하는 보험금 지급
(25회(입원 15회와 외래 10회를 더한 값) 재활치료를 받았으나, 연간 20회 한도로 함)

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진료확인서(「재활치료의 원인」 필수 기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류 번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요조건을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

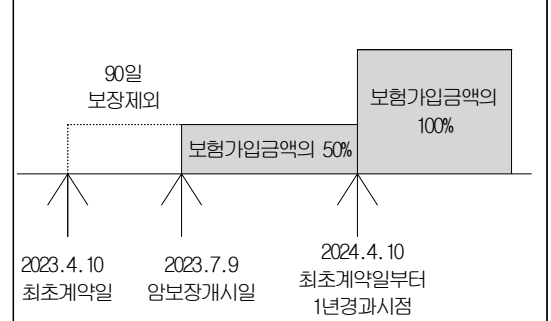
2-25. 갱신형 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고, 그 「암(유사암제외)」으로 인한 통증 완화를 목적으로 피보험자가 제3조(암특정통증완화치료(급여)의 정의)에서 정한 「암특정통증완화치료(급여)」를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 암특정통증완화치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암특정통증완화치료시(급여,연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암특정통증완화치료비(예시)】



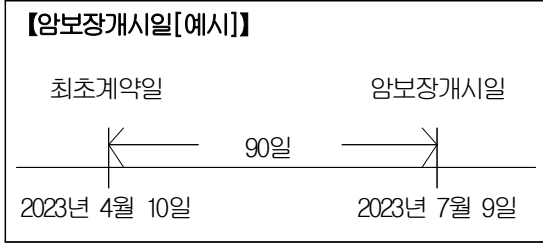
② 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암특정통증완화치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암특정통증완화치료시(급여,연간1회한)	보험가입금액의 100%

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는

경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



제2조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이

완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제3조(암특정통증완화치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암특정통증완화치료(급여)」라 함은 「신경차단·파괴치료(급여)」 또는 「마약성진통제 치료(급여)」 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 「신경차단·파괴치료(급여)」라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 【별표12(신경차단·파괴치료(급여) 대상 수가코드)】에 해당하는 치료를 말합니다.
2. 「마약성진통제치료(급여)」라 함은 「마약성진통제(급여)」를 횟수(일수)가 연간 30회(일) 이상 처방받는 경우를 말합니다. 「마약성진통제(급여)」라 함은 「약제 급여 목록 및 급여상한금액표」에서 정한 분류번호 중 아래 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제를 말합니다.

분류번호 및 약효분류

800 마약

- 810 알칼로이드 마약(천연)
- 811 아편알칼로이드계 제제
- 812 코카알칼로이드계 제제
- 820 비알칼로이드계 마약
- 821 합성 마약
- 829 기타의 비알칼로이드계 마약
- 890 기타의 마약

② 제1항의 「암특정통증완화치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「신경차단·파괴치료(급여)」 또는 「마약성진통제치료(급여)」

여)」 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 「연간 30회(일) 이상 처방받는 경우」라 함은 「마약성진통제(급여)」의 「연간」 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 「마약성진통제(급여)」를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30회(일) 이상인 경우를 말합니다.

④ 제3항의 처방일수 합산시 기준일자는 「마약성진통제(급여)」를 처방받은 날로 합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「신경차단·파괴치료(급여)」 및 「마약성진통제치료(급여)」에 준하여 「신경차단·파괴치료(급여)」 및 「마약성진통제치료(급여)」를 결정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서

가. 「신경차단·파괴치료(급여)」를 받은 경우 : 진료확인서(「통증의 원인」 필수 기재), 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

나. 「마약성진통제치료(급여)」를 받은 경우 : 진료확인서(「통증의 원인」 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 요양급여비용명세서(상병명 및 총 투여일수 필수 기재) 등

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

⑤ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-26. 갱신형 특정 암,간및폐질환치료비보장 특별약관

* 이 특별약관은 1형(해약환급금 지급형) 가입시에 한하여 가입가능합니다.

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 특정폐암및폐질환 호흡재활치료비(급여, 연간1회한)
- ② 특정암및간질환 복수, 복막천자치료비(급여, 1일1회, 연간5회한)
- ③ 특정암 흉막천자치료비(급여, 1일1회, 연간3회한)

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

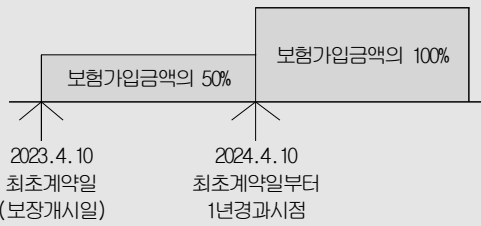
- ① 특정폐암및폐질환 호흡재활치료비(급여, 연간 1회한)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「특정폐암및폐질환」으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 「호흡재활치료(급여)」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정폐암및폐질환 호흡재활치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부더 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부더 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부더 1년경과시점 전 일 이전	최초계약일부더 1년경과시점 이후
특정 폐암및폐질환 호흡재활치료(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【특정폐암및폐질환 호흡재활치료비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급 사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정폐암및폐질환 호흡재활치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
특정 폐암및폐질환 호흡재활치료(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「특정폐암및폐질환 호흡재활치료(급여)」를 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 특정폐암및폐질환 호흡재활치료비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3.(특정폐암및폐질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정폐암및폐질환」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표13(특정폐암및폐질환 분류표) 참조】에서 정한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「특정폐암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액

(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「특정폐암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「특정폐암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「특정폐암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 「특정폐질환」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

⑤ 회사가 「특정폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「특정폐질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

4. (호흡재활치료(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「호흡재활치료(급여)」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「특정폐암및폐질환」으로 인한 재활치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
호흡재활치료[1일당]	MM290
간헐적호흡치료(양압호흡또는음압호흡)[1일당]	MM360
양위양압호흡치료[1일당]	MM400
만성호흡부전 재활치료[1일당]	
가. 폐질환 운동재활치료	MM440
나. 호흡근부전 재활치료	MM441

② 제1항의 「호흡재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경

직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「호흡재활치료(급여)」의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「호흡재활치료(급여)」의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

5. (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진료확인서(「재활치료의 원인」필수 기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수 기재), 진료기록부 등)
[단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

② 특정암및간질환 복수,복막천자치료비(급여, 1일1회, 연25회한)

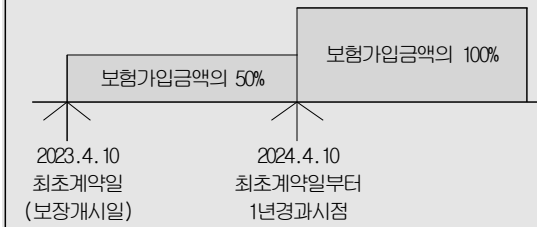
1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「특정암및간질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 병원에 입원 중에 「복수,복막천자치료(급여)」(이하 「입원 복수,복

막천자치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는
통원하여 「복수, 복막천자치료(급여)」(이하 「외래
복수, 복막천자치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우
에는 보험수익자에게 각각 1일 1회에 한하여 아래
의 금액을 특정암및간질환 복수, 복막천자치료비로
지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경
과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하
여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전 일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이 후
특정암 및 간질환 복수, 복막천자 치료시 (급여, 1일1회한, 연간5회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【특정암및간질환 복수, 복막천자치료비[예시]】



② 제1항의 특정암및간질환 복수, 복막천자치료비는
연간 발생한 「입원 복수, 복막천자치료(급여)」와
「외래 복수, 복막천자치료(급여)」를 합산하여 연
간 최대 5회 한도로 지급합니다.

③ 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일
부터 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기
간을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항
제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신
되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급
사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 1일 1회, 연
간 5회에 한하여 아래의 금액을 특정암및간질환 복
수, 복막천자치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
특정암및간질환 복수, 복막천자 치료(급여)시 (1일1회한, 연간5회한)	보험가입금 액의 100%

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의

보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험
수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의
의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조
(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에
정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은
회사가 전액 부담합니다.

② 다음 각 호의 경우에는 「입원 복수, 복막천자치
료(급여)」와 「외래 복수, 복막천자치료(급여)」 각
각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

- ① 피보험자가 동일한 날에 「입원 복수, 복막천자
치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는
타 의료기관에서 「외래 복수, 복막천자치료(급
여)」를 받은 경우
- ② 피보험자가 동일한 날에 「외래 복수, 복막천자
치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는
타 의료기관에서 「입원 복수, 복막천자치료(급
여)」를 받은 경우

【예시1】

병원에 통원하여 「복수천자, 복막천자(C8050)」치
료를 받고, 그 날 재차 병원에 통원하여 「복수천
자, 복막천자(C8050)」치료를 받은 경우
⇒ 「보험가입금액×1회」에 해당하는 보험금 지급
(여러 진료행위를 받더라도 1일 1회에 한함)

【예시2】

병원에 통원하여 「복수천자, 복막천자(C8050)」치
료를 받고, 그 날 재차 병원에 입원하여 「복수천
자, 복막천자(C8050)」치료를 받은 경우
⇒ 「보험가입금액×2회」에 해당하는 보험금 지급
(외래 1회+입원 1회. 단, 입원 및 통원을 합산
하여 연간 5회 한도로 함)

【예시3】

연간 1년내에 병원에 입원하여 4일에 해당하는 복
수천자, 복막천자(C8050) 치료를 받고, 퇴원 후 병
원에 통원하여 6일에 해당하는 「복수천자, 복막천
자(C8050)」치료를 받은 경우
⇒ 「보험가입금액×5회」에 해당하는 보험금 지급
(10회(입원 4회와 외래 6회를 더한 값) 치료를
받았으나, 입원 및 통원을 합산하여 연간 5회
한도로 함)

3.(특정암및간질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 제8차 한
국표준질병사인분류 중 【별표14(특정암 분류표)】참
조】에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)
상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant
condition or condition with malignant
potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「간질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 간의 질환으로 분류되는 질병【별표15(간질환 분류표II) 참조】을 말합니다.

③ 「특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「특정암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「특정암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제3항에 따른 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 「간질환」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

⑥ 회사가 「간질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「간질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

4.(복수,복막천자치료(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「복수,복막천자치료(급여)」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「특정암및간질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
복수천자,복막천자	C8050

【복수천자, 복막천자】

복수를 채취하기 위해 주사기로 복막(배막)을 찌르는 의료행위. 복수내에 포함되어 있는 세포, 성분 등의 확인을 통해 진단 목적으로 시행하거나, 복강 내에 비정상적으로 과다하게 고여 있는 복수를 제거하여 복부 불편감 등의 증상을 치료하는 방법을 총칭합니다.

② 제1항의 「복수,복막천자치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에

대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경
직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따
릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는
「복수,복막천자치료(급여)」의료행위 당시「건강
보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점
수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대
가치점수」개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서
보장하는 「복수,복막천자치료(급여)」의료행위 해
당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

5.(입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사가 1.
(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가
필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가
곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한
병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는
의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념
하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사가 1.
(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가
필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가
곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한
병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는
의료기관에 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에
전념하는 것을 말합니다.

6.(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을
청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강
보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기
재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서
등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류
번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시
수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위
한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해
야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록
표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에
서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료
료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이
붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우
에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서

또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단
을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법
포함)

- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여
제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료
기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의
의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어
야 합니다.

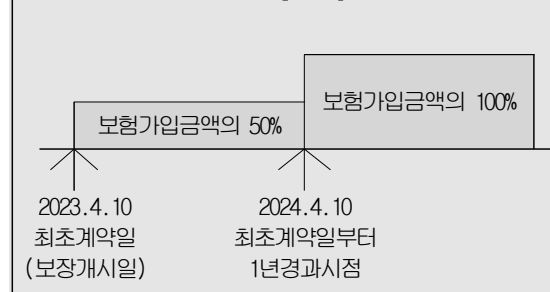
③ 특정암 흉막천자치료비(급여, 1일1회, 연간3회한)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별
약관의 보험기간 중 「특정암」의 진단 및 치료를
위한 필요 소견을 토대로 병원에 입원 중에 「흉막
천자치료(급여)」(이하 「입원 흉막천자치료(급여)」
라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「흉막천자치
료(급여)」(이하 「외래 흉막천자치료(급여)」라 합
니다)를 받은 경우에는 보험수익자에게 각각 1일 1
회에 한하여 아래의 금액을 특정암 흉막천자치료비
로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년
경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함
하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전 일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이 후
특정암 흉막천자 치료(급여)시 (급여, 1일1회한, 연간3회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【특정암 흉막천자치료비[예시]】



② 제1항의 특정암 흉막천자치료비는 연간 발생한
「입원 흉막천자치료(급여)」와 「외래 흉막천자치
료(급여)」횟수를 합산하여 연간 최대 3회 한도로
지급합니다.

③ 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급 사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 1일 1회, 연간 3회에 한하여 아래의 금액을 특정암 흉막천자치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
특정암 흉막천자 치료(급여)시 (1일1회한, 연간3회한)	보험가입금액의 100%

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 다음 각 호의 경우에는 「입원 흉막천자치료(급여)」와 「외래 흉막천자치료(급여)」 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

- ① 피보험자가 동일한 날에 「입원 흉막천자치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 「외래 흉막천자치료(급여)」를 받은 경우
- ② 피보험자가 동일한 날에 「외래 흉막천자치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 「입원 흉막천자치료(급여)」를 받은 경우

【예시1】

병원에 통원하여 「흉막천자(C8040)」 치료를 받고, 그 날 재차 병원에 통원하여 「흉막천자(C8040)」 치료를 받은 경우

⇒ 「보험가입금액×1회」에 해당하는 보험금 지급 (여러 진료행위를 받더라도 1일 1회에 한함)

【예시2】

병원에 통원하여 「흉막천자(C8040)」 치료를 받고, 그 날 병원에 입원하여 「흉막천자(C8040)」 치료를 재차 받은 경우

⇒ 「보험가입금액×2회」에 해당하는 보험금 지급 (외래 1회+입원 1회. 단, 입원 및 통원을 합산하여 연간 3회 한도로 함)

【예시3】

연간 1년내에 병원에 입원하여 4일에 해당하는 흉막천자(C8040) 치료를 받고, 퇴원 후 병원에 통원하여 6일에 해당하는 「흉막천자(C8040)」 치료를 받은 경우

⇒ 「보험가입금액×3회」에 해당하는 보험금 지급 (10회(입원 4회와 외래 6회를 더한 값) 치료를 받았으나, 입원 및 통원을 합산하여 연간 3회 한도로 함)

3.(특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 【별표14(특정암 분류표) 참조】에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 「특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「특정암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「특정암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

4. (홍막천자치료(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「홍막천자치료(급여)」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「특정암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
홍막천자	C8040

【홍막천자】

홍수를 채취하기 위해 주사기로 홍막(가슴막)을 찌르는 의료행위. 홍수내에 포함되어 있는 세포, 성분 등의 확인을 통해 진단 목적으로 시행하거나, 홍강 내에 비정상적으로 과다하게 고여 있는 홍수를 제거하여 호흡 곤란 등의 증상을 치료하는 방법을 총칭합니다.

② 제1항의 「홍막천자치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「홍막천자치료(급여)」 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「홍막천자치료(급여)」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

5. (입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소건을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제), 제29조(납입면제에 관한 세부규정) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

제4조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 또는 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다) 또는 보통약관 보험종료나이까지의 기간이 5년 또는 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제

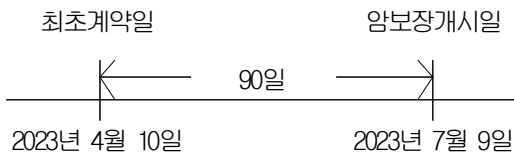
2-27. 갱신형 말기암호스피스완화치료 (입원형및가정형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되고, 피보험자 본인이 「호스피스전문기관」에서 「말기암환자」를 대상으로 하는 「입원형 또는 가정형 호스피스완화의료」 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기암호스피스완화의료치료비로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암」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

하며, 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(말기암환자, 호스피스전문기관, 입원형 또는 가정형 호스피스완화의료의 정의)

① 이 특별약관에서 「말기암환자」라 함은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」(이하 “법”이라 합니다) 제2조(정의) 제3호의 가목에 해당하는 자를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「호스피스전문기관」이라 함은 법 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 의해서 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말함

니다

【말기환자】

적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제2조(말기환자의 진단 기준)에서 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙 제2조】

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 “법”이라 한다) 제2조제3호에 따라 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 말기환자 여부를 진단하는 경우에는 다음 각 호의 기준을 종합적으로 고려하여야 한다.

1. 임상적 증상
2. 다른 질병 또는 질환의 존재 여부
3. 약물 투여 또는 시술 등에 따른 개선 정도
4. 종전의 진료 경과
5. 다른 진료 방법의 가능 여부
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 준하는 것으로서 말기환자의 진단을 위하여 보건복지부장관이 특히 필요하다고 인정하는 기준

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙 제25조】

- ① 보건복지부장관은 말기환자들을 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.
- ② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.

- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하 “호스피스전문기관”이라 한다)에 대하여 제29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.

- ④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

③ 이 특별약관에서 「입원형 또는 가정형 호스피스 완화의료」라 함은 “입원형 호스피스완화의료” 또는 “가정형 호스피스완화의료”를 말합니다.

④ 제3항의 “입원형 호스피스완화의료”라 함은 법 제2조(정의) 제6호에 따라 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 「말기암환자」와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료로서, 법 제28조(호스피스의 신청)에 따라 「말기암환자」가 「호스피스전문기관」에 입원형 호스피스를 신청하고 제공받은 경우를 말합니다.

⑤ 제3항의 “가정형 호스피스완화의료”란 법 제2조(정의) 제6호에 따라 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 「말기암환자」와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료로서, 법 제28조(호스피스의 신청)에 따라 「말기암환자」가 「호스피스전문기관」에 가정형 호스피스를 신청하고 제공받은 경우를 말합니다.

【입원형 호스피스】

보건복지부 지정 호스피스전문기관 병동에 입원한 말기암환자와 가족들에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것을 말합니다.

【가정형 호스피스】

가정에서 지내기를 원하는 말기암환자와 가족에게 보건복지부 지정 호스피스전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여

회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기암호스피스완화의료치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-28. 갱신형 항암방사선치료후 9대합병증진단비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 보장은 아래의 총 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 5대중증합병증진단비
- ② 4대경증합병증진단비

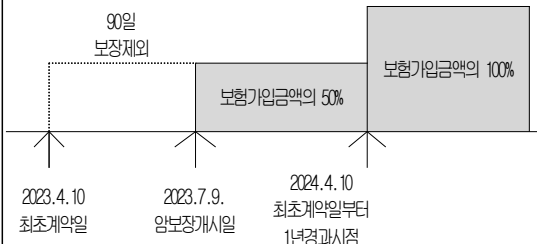
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 날로부터 1년 이내에 「항암방사선치료후5대중증합병증 중 골괴사, 방사선장염, 방사선방광염」으로 진단확정되거나, 항암방사선치료를 받은 날로부터 90일 이내에 「항암방사선치료후 5대중증합병증 중 폐렴, 뇌부종」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료후5대중증합병증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

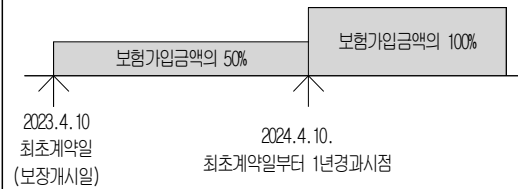
구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
항암방사선치료후 5대중증합병증진 단비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【항암방사선치료후5대중증합병증진단비[예시]】

< 암(유사암제외)>

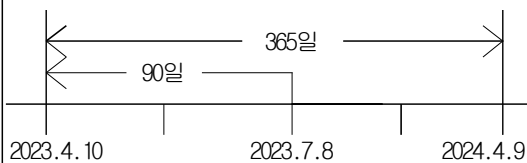


< 기타피부암, 갑상선암>



【보험금 지급예시(항암방사선치료후5대중증합병증진단비)】

항암방사선치료일



진단확정일 ① 2023.7.1 ② 2024.3.1

※ 설명

- ① : 폐렴 또는 뇌부종 또는 골괴사 또는 방사선장염 또는 방사선방광염으로 진단확정시 보험금 지급
- ②-1 : 골괴사 또는 방사선장염 또는 방사선방광염으로 진단확정시 보험금 지급
- ②-2 : 폐렴 또는 뇌부종 진단확정시 **보험금 미지급**
(폐렴 또는 뇌부종은 항암방사선치료를 받은날(23.4.10)로부터 90일 이내 (23.7.8) 진단확정시 보장하므로 보험금 미지급)

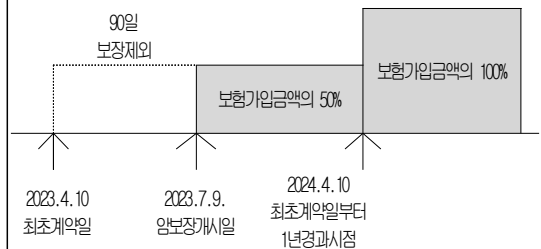
② 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 날로부터 1년 이내에 「항암방사선치료후4대경증합병증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료후4대경증합병증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초

계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날을 말합니다.

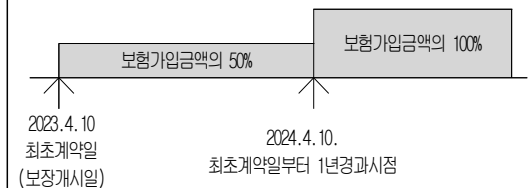
구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전 일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
항암방사선치료후 4대경증합병증진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【항암방사선치료후4대경증합병증진단비[예시]】

< 암(유사암제외)>



< 기타피부암, 갑상선암>



③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항 및 제2항에서 정한 보험금 지급사유에 해당하는 경우에는 보험수익자에게 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험금으로 지급합니다. 단, 제1항 및 제2항에 따라 보험금이 이미 지급된 세부보장에 대하여는 보상하지 않습니다.

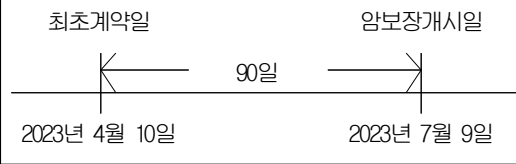
구 분	지급금액
항암방사선치료후5대중증합병증진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%
항암방사선치료후4대경증합병증진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

④ 피보험자가 보험기간 중 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「항암방사선치료후5대중증합병증」 또는 「항암방사선치료후4대경증합병증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험금으로 지급합니다. 단, 제1항 및 제2항에 따라 보험금이 이미 지급된 세부보장에 대하여는 보상하지 않습니다.

증」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망 일을 진단확정일로 보고 제1항 내지 제3항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 「항암방사선치료 후5대중증합병증진단비」 또는 「항암방사선치료후4대경증합병증진단비」에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

⑤ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 후 보험기간이 종료되더라도 그 항암방사선치료를 받은 날(보험기간 중 마지막으로 치료 받은 날을 말합니다)로부터 1년(다만, 「항암방사선치료후5대중증합병증 중 폐렴 또는 뇌부종」의 경우에는 90일)이내 「항암방사선치료후5대중증합병증」 또는 「항암방사선치료후4대경증합병증」으로 진단확정된 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 2회 이상 받은 경우 각각의 항암방사선치료일을 항암방사선치료를 받은 날로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이

확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(항암방사선치료후9대합병증의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「항암방사선치료후9대합병증」이라 함은 「항암방사선치료후5대중증합병증」, 「항암방사선치료후4대경증합병증」을 총칭합니다.
- ② 이 특별약관에서 「항암방사선치료후5대중증합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「폐렴, 뇌부종, 골괴사, 방사선장염, 방사선방광염」으로 분류되는 질병(【별표16(항암방사선치료후5대중증합병증 분류표)】참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「항암방사선치료후4대경증합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「방사선피부염, 처치후 갑상선기능저하증, 처치후 뇌하수체기능저하증, 기타 명시된 다발신경병증」으로 분류되는 질병(【별표17(항암방사선치료후4대경증합병증 분류표)】참조)을 말합니다.
- ④ 「항암방사선치료후9대합병증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「항암방사선치료후9대합병증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선 종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선

암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「항암방사선치료후5대중증합병증」 또는 「항암방사선치료후4대경증합병증」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「항암방사선치료후5대중증합병증」, 「항암방사선치료후4대경증합병증」으로 각각 진단받아 각 1회씩 총 2회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ④ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-29. 갱신형 암진단후생식세포동결보존비 (최초1회한)보장 특별약관

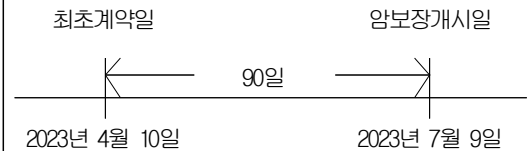
* 이 특별약관은 1형(해약환급금 지급형) 가입시에 한하여 가입가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「유사암」으로 진단확정되고, 그 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」으로 인하여 「생식세포 동결」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암진단후 생식세포 동결보존비로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 유사암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」 및 「유사암」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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사 결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」 및 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)

이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(생식세포 동결의 정의)

① 이 특별약관에서 「생식세포 동결」이라 함은 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단 이후 이로 인하여 난임 또는 불임이 발생할 것을 우려하여, 가임력 보존을 목적으로 생식세포를 동결하는 것을 말합니다.

② 제1항의 생식세포라 함은 다음 각 호의 사항을 포함합니다.

- ① 난소 조직
- ② 난자
- ③ 배아
- ④ 정자

③ 이 특별약관에서 「생식세포 동결」은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 행해지는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서(병명, 질병 분류번호 기입), 생식세포냉동 보존 증명서(시행일자 필수), 냉동보존에 관한 동의서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단

을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다) 또는 보통약관 보험종료나이까지의 기간이 5년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단후 생식세포 동결보존비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보

통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제), 제29조(납입면제에 관한 세부규정) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-30. 갱신행 4대양성종양진단비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 대장 양성종양및특정폴립진단비
- ② 위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단비
- ③ 중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양진단비
- ④ 골, 관절연골 양성종양진단비

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

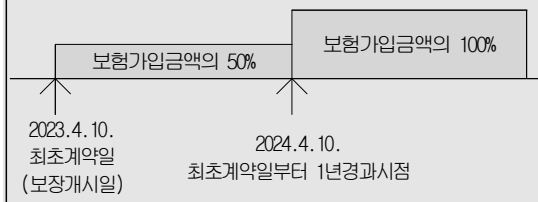
- ① 대장 양성종양및특정폴립진단비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「대장 양성종양및특정폴립」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대장 양성종양및특정폴립진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
대장 양성종양및 특정폴립진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	대장 양성종양및특정 폴립진단비보장 보험가입금액의 50%	대장 양성종양및특정 폴립진단비보장 보험가입금액의 100%

【대장 양성종양및특정폴립진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「대장 양성

종양및특정폴립」으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대장 양성종양및특정폴립진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
대장 양성종양및특정폴립진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	대장 양성종양및특정폴립 진단비보장 보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「대장 양성종양및특정폴립」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 대장 양성종양및특정폴립진단비를 지급합니다. 다만, 3.(보장의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 대장 양성종양및특정폴립진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2.(대장 양성종양및특정폴립의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대장 양성종양및특정폴립」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표18 (대장 양성종양및특정폴립 분류표)】에서 정한 질병을 말하며, 염증성 폴립은 보장질병에서 제외합니다.

② 「대장 양성종양및특정폴립」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「대장 양성종양및특정폴립」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과 보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「대장 양성종양및특정폴립」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

3.(보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 대장 양성종양및특정폴립진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이

보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 보장책임의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

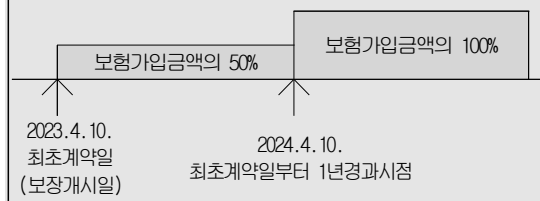
② 위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특 정폴립진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	위, 십이지장, 소화 계통 양성종양및특정폴 립진단비보장 보험가입금액의 50%	위, 십이지장, 소 화계통 양성종양및특정 폴립진단비보장 보험가입금액의 100%

【위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단비(예시)】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립」으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진 단비보장 보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단비를 지급합니다. 다만, 3.(보장의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2.(위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표19(위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립 분류표)】에서 정한 질병을 말하며, 염증성 폴립은 보장질병에서 제외합니다.

② 「위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

3.(보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단비 지급사유가 발

생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 보장책임의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

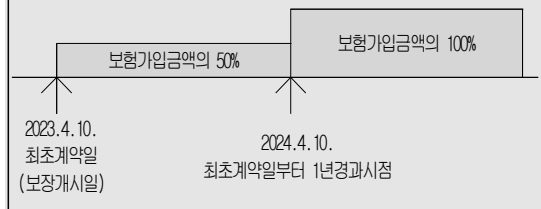
③ 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양진단비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양진단비 보장 보험가입금액의 50%	중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양진단비 보장 보험가입금액의 100%

【중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비보장 보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비를 지급합니다. 다만, 3.(보장의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2.(중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표20(중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

3.(보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 보장책임의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 골,관절연골 양성종양진단비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「골,관절연골 양성종양」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 골,관절연골 양성종양진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라는 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
골,관절연골 양성종양진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	골,관절연골 양성종양진단비 보장 허가입금액의 50%	골,관절연골 양성종양진단비 보장 보험가입금액의 100%

【골,관절연골 양성종양진단비[예시]】

보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
2023.4.10. 최초계약일 (보장개시일)	2024.4.10. 최초계약일부터 1년경과시점

② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「골,관절연골 양성종양」으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 골,관절연골 양성종양진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
골,관절연골 양성종양진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	골,관절연골 양성종양진단비보장 보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「골,관절연골 양성종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 골,관절연골 양성종양진단비를 지급합니다. 다만, 3.(보장의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 골,관절연골 양성종양진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2.(골,관절연골 양성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「골,관절연골 양성종양」이라는 용어는 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표21(골,관절연골 양성종양 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「골,관절연골 양성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「골,관절연골 양성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「골,관절연골 양성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

3.(보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 골,관절연골 양성종양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 보장책임의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(검사결과지 포함) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-31. 갱신형 특정중등도이상자궁경부이형성증 진단비보장 특별약관

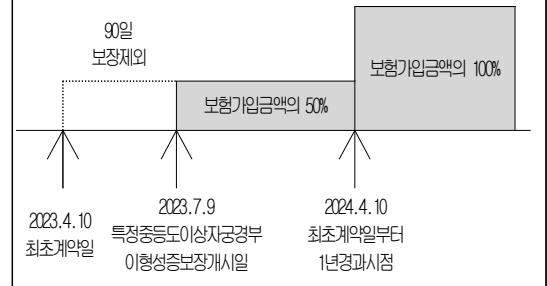
* 이 특별약관은 1형(해약환급금 지급형) 가입시에 한하여 가입가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 특정중등도이상자궁경부이형성증보장개시일 이후에 「특정중등도이상자궁경부이형성증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정중등도이상자궁경부이형성증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
특정중등도이상자궁경부이형성증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【특정중등도이상자궁경부이형성증진단비[예시]】



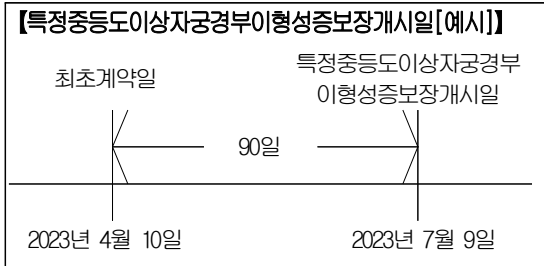
② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「특정중등도이상자궁경부이형성증」으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정중등도이상자궁경부이형성증진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
특정중등도이상자궁경부이형성증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 특정중등도이상자궁경

부이형성증보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「특정중등도이상자궁경부이형성증」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 특정중등도이상자궁경부이형성증진단비를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정중등도이상자궁경부이형성증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 특정중등도이상자궁경부이형성증보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 특정중등도이상자궁경부이형성증보장개시일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정중등도이상자궁경부이형성증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정중등도이상자궁경부이형성증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「특정중등도이상자궁경부이형성증」으로 분류되는 질병으로 【별표22(특정중등도이상자궁경부이형성증 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「특정중등도이상자궁경부이형성증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「특정중등도이상자궁경부이형성증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료

기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(자궁경부 세포검사 등 검사결과지 포함) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일로부터 특정중등도이상자궁경부이형성증보장개시일의 전일 이전에 「특정중등도이상자궁경부이형성증」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다) 또는 보통약관 보험종료나이까지의 기간이 5년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정중등도

이상자궁경부이형성증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 특정중등도이상자궁경부이형성증보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제), 제29조(납입면제에 관한 세부규정) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-32. 갱신형 항암방사선약물치료 후 5대합병증진단비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 2대합병증진단비
- ② 3대합병증진단비

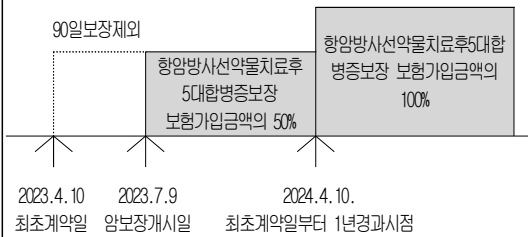
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받고, 치료를 받은 날로부터 1년 이내에 「항암방사선약물치료 후 2대합병증」 또는 「항암방사선약물치료 후 3대합병증」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 질병구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

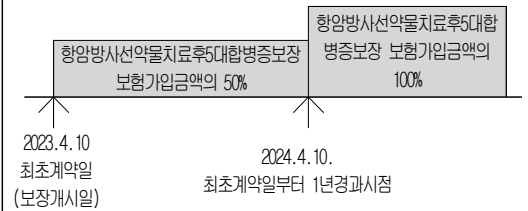
질 병 구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
항암방사선 약물치료 후 2대합병증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	항암방사선 약물치료 후 2대합병증보장 보험가입금액의 50%	항암방사선 약물치료 후 2대합병증보장보 험가입금액의 100%
항암방사선 약물치료 후 3대합병증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	항암방사선 약물치료 후 3대합병증보장 보험가입금액의 50%	항암방사선 약물치료 후 3대합병증보장 보험가입금액의 100%

【항암방사선약물치료후5대합병증진단비[예시]】

< 암(유사암제외)>



< 기타피부암, 갑상선암>



【예시1】

날짜	구분	보장 여부	사유
2023.07.09	암보장개시일	-	
2025.01.01	암진단	-	
2025.02.01	항암치료1차	-	
2025.07.01	항암치료2차	-	
2026.04.01	2대합병증 진단	지급	
2026.05.01	3대합병증 진단	지급	
2026.11.01	2대합병증 진단	부지급	보장소멸

【예시2】

날짜	구분	보장 여부	사유
2023.07.09	암보장개시일	-	
2025.01.01	암진단	-	
2025.02.01	항암치료1차	-	
2025.07.01	2대합병증 진단	지급	
2026.04.01	항암치료2차	-	
2026.05.01	2대합병증 진단	부지급	보장소멸

【예시3】

날짜	구분	보장 여부	사유
2023.07.09	암보장개시일	-	
2023.01.01	암진단	-	
2023.02.01	항암치료1차	-	
2023.03.01	항암치료2차	-	
2023.04.10	보장종료일	-	
2023.05.01	항암치료3차	-	
2024.11.01	2대합병증 진단	부지급	2023.03.01.부터 1년 이상 경과

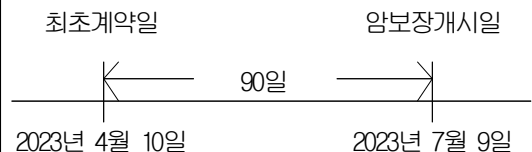
② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급 사유에 해당하는 경우에는 보험수익자에게 질병구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 항암방사선약물치료후5대합병증진단비로 지급합니다. 단, 제1항에 따라 항암방사선약물치료후5대합 병증진단비가 이미 지급된 질병구분에 대하여는 보상하지 않습니다.

질 병 구 분	지급금액
항암방사선약물치료후2대합 병증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	항암방사선약물치료 후2대합병증보장 보험가입금액의 100%
항암방사선약물치료후3대합 병증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	항암방사선약물치료 후3대합병증보장 보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「항암방사선약물치료 후2대합병증」 또는 「항암방사선약물치료후3대합병증」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제4항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 「항암방사선약물치료 후2대합병증」 또는 「항암방사선약물치료후3대합병증」에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자

의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 후 보험기간이 종료되더라도 그 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은날(보험기간 중 마지막으로 치료받은 날을 말합니다)로부터 1년 이내에 「항암방사선약물치료후2대합병증」 또는 「항암방사선약물치료후3대합병증」으로 진단 확정된 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피

보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(항암방사선약물치료후5대합병증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「항암방사선약물치료후5대합병증」이라 함은 「항암방사선약물치료후2대합병증」 및 「항암방사선약물치료후3대합병증」을 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「항암방사선약물치료후2대합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표24(항암방사선약물치료후2대합병증 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「항암방사선약물치료후3대합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표31(항암방사선약물치료후3대합병증 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「항암방사선약물치료후5대합병증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「항암방사선약물치료후5대합병증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「항암방사선약물치료후2대합병증」 또는 「항암방사선약물치료후3대합병증」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「항암방사

선약물치료후2대합병증」 또는 「항암방사선약물치료후3대합병증」으로 각각 진단받아 항암방사선약물치료후5대합병증진단비를 각 1회씩 총 2회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸된 때에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-34. 갱신형 최대두배받는암치료비 (유사암포함,포인트적립형)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 보장은 아래의 총 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

① 최대두배받는암치료비(1점 이상) (유사암포함, 포인트적립형)
② 최대두배받는암치료비(2점 이상) (유사암포함, 포인트적립형)
③ 최대두배받는암치료비(3점 이상) (유사암포함, 포인트적립형)
④ 최대두배받는암치료비(4점 이상) (유사암포함, 포인트적립형)
⑤ 최대두배받는암치료비(5점 이상) (유사암포함, 포인트적립형)

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(암치료포인트의 정의)에서 정한 암치료를 받아 암치료포인트가 누적된 경우 보험수익자에게 각각 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암치료비로 지급합니다. 다만, 암치료비는 최대 5점까지의 암치료포인트에 대하여 지급되며, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		보험가입금액 대비 누적 지급률 (최대)
	최초계약일부 터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부 터 1년경과시점 이후	
누적 암치료포인트 1점 이상 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금 액의 5%	보험가입금 액의 10%	10%
누적 암치료포인트 2점 이상 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금 액의 20%	보험가입금 액의 40%	50%

누적 암치료포인트 3점 이상 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금 액의 25%	보험가입금 액의 50%	100%
누적 암치료포인트 4점 이상 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금 액의 25%	보험가입금 액의 50%	150%
누적 암치료포인트 5점 이상 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금 액의 25%	보험가입금 액의 50%	200%

② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 제1항에서 정한 암치료비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 각각 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암치료비로 지급합니다. 다만, 갱신이전에 암치료비 지급사유가 발생한 경우 기존의 누적 암치료포인트는 유지됩니다.

구 분	지급금액	보험가입금액 대비 누적지급률(최대)
누적 암치료포인트 1점 이상 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%	10%
누적 암치료포인트 2점 이상 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 40%	50%
누적 암치료포인트 3점 이상 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	100%
누적 암치료포인트 4점 이상 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	150%
누적 암치료포인트 5점 이상 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	200%

③ 암치료비가 지급된 후에 암치료포인트가 증가하여 상위 점수의 암치료비 보험금 지급사유가 발생한 경우 이전까지 지급받은 지급금액 외에 제1항

및 제2항에서 정한 각 상위 점수의 지급금액을 추가로 지급합니다.

【보험금 지급예시(보험가입금액 1,000만원 기준)】

*최초계약일로부터 1년경과시점 이후 지급사유 발생 시

누적 암치료포인트	지급금액
1점이 된 경우	100만원
2점이 된 경우	400만원 추가 ^{주)}
3점이 된 경우	500만원 추가 ^{주)}
4점이 된 경우	500만원 추가 ^{주)}
5점이 된 경우	500만원 추가 ^{주)}

주) 상위 점수의 암치료비 지급사유가 발생한 경우, 지급되지 않은 하위 점수의 암치료비와 해당금액을 추가로 지급합니다.

누적 암치료포인트	누적지급금액	가입금액대비 누적지급율
1점	100만원	10%
2점	500만원	50%
3점	1,000만원	100%
4점	1,500만원	150%
5점	2,000만원	200%

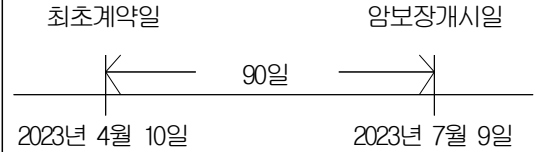
(예시)

- ① 누적된 암치료포인트가 없는 피보험자가 암 치료를 받아 누적포인트가 2점이 된 경우
→ (1점이상) 보험가입금액의 10%
+ (2점이상) 보험가입금액의 40%
= 보험가입금액의 50% 500만원 지급
- ② 누적된 암치료포인트가 2점인 피보험자가 다른 암치료를 받아 누적포인트가 4점이 된 경우
→ 이미 지급 된 (1점이상), (2점이상) 제외
→ (3점이상) 보험가입금액의 50%
+ (4점이상) 보험가입금액의 50%
= 보험가입금액의 100% 1,000만원 지급
- ③ 누적된 암치료포인트가 3점인 피보험자가 다른 암치료를 받아 누적포인트가 6점이 된 경우
→ 이미 지급 된 (1점이상), (2점이상), (3점이상) 제외
→ (4점이상) 보험가입금액의 50%
+ (5점이상) 보험가입금액의 50%
= 보험가입금액의 100% 1,000만원 지급
※ 암치료비는 최대 5점까지의 암치료포인트에 대하여만 지급됩니다.

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날

로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



제3조(암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑧ 「암 등의 질병」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 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑨ 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제8항에 따른 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

⑩ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암치료포인트의 정의)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑

상선암」으로 진단확정되고 직접적인 치료를 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술, 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암약물치료 및 항암방사선치료, 제7조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 표적항암약물허가치료 또는 제8조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 항암양성자방사선치료에 해당하는 암치료를 받았을 경우 아래 기준에 따라 암치료포인트를 산정하며, 치료군(수술, 항암약물, 항암방사선)별 점수를 각각 합산하여 적용합니다.

치료점수	치료군		
	수술	항암약물	항암방사선
1점	비관혈수술	항암약물 치료 (표적항암약물 허가치료 제외)	항암방사선치료 (항암양성자 방사선치료 제외)
2점	관혈수술	표적항암약물 허가치료	항암양성자 방사선치료

② 동일 치료군에 속하는 치료를 여러 차례 받았을 경우, 치료점수가 가장 높은 1회만 적용합니다.

③ 2점의 암치료포인트 산정 후 같은 치료군에 해당하는 1점의 치료를 받더라도 암치료포인트는 추가로 부여되지 않습니다.

④ 1점의 암치료포인트 산정 후 같은 치료군에 해당하는 2점의 치료를 받은 경우에는 1점의 암치료포인트만 추가로 부여합니다.

⑤ 암치료포인트의 누적 점수가 5점을 넘을 경우 "5점이상"으로 산정합니다.

【암치료포인트 산정(예시)】

- ① 표적항암약물허가치료(2점)를 받은 경우
→ 총 2점 산정
- ② 관혈수술(2점)을 받고, 다른 비관혈수술(1점)을 받은 경우
→ 총 2점 산정
※ 관혈수술과 비관혈수술은 같은 수술 치료군에 속하므로, 가장 큰 2점만 적용합니다.
- ③ 항암방사선치료(1점)을 받고, 항암양성자방사선치료(2점)을 받은 경우
→ 총 2점 산정
※ 항암방사선치료와 항암양성자방사선치료는 같은 항암방사선 치료군에 속하므로, 가장 큰 2점만 적용합니다.
- ④ 관혈수술(2점)을 받고, 항암약물치료(1점)을 받은 경우
→ 총 3점 산정
※ 수술 치료군에서 발생한 2점과, 항암약물 치료군에서 발생한 1점을 합산하여 3점이 적용됩니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는

상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「관혈수술」이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」, 「카테터수술」, 「신의료수술」을 말합니다.

① 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.

② 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.

③ 「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 특정질병 및 특정다빈도질병의 직접치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.

제6조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건 의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(융합융량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조(항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」 중, 국내에 허가된 양성자치료 센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료

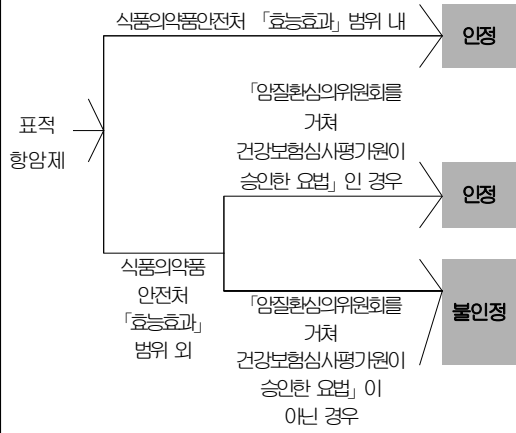
에 이용합니다.

② 전자기파를 이용한 'X선치료', '감마선치료', '중입자치료' 등은 「항암양성지방사선치료」에 해당되지 않습니다.

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

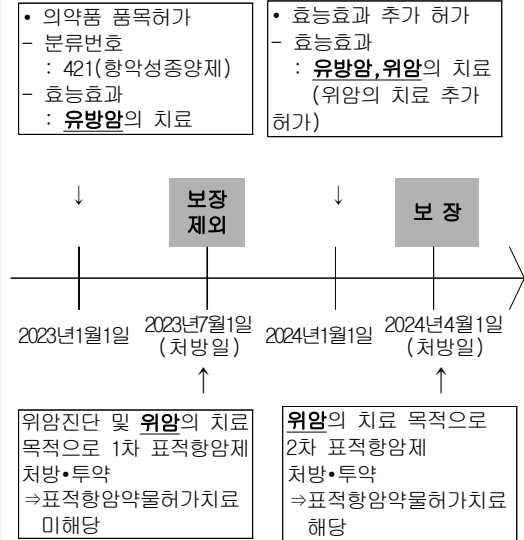
① 제7조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「표적항암약물허가치료」는 「표적항암제」가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외로 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)에서 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

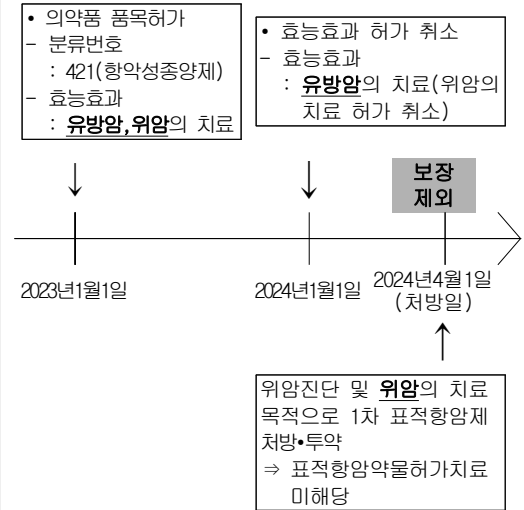


② 제4조(암치료포인트의 정의)에서 「표적항암약물허가치료」에 대한 암치료포인트는 「표적항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때 최초처방일자를 기준으로 산정합니다. 제7조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위가」 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【안전성과 유효성 인정범위 변경(추가)[예시】



【안전성과 유효성 인정범위 변경(삭제)[예시】



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

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

- ③ 암치료증명서(회사양식 및 각 치료에 해당하는 증명서에 한함)
 - ㉠ 수술증명서
 - ㉡ 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서
 - ㉢ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉠ 진단명
 - ㉡ 투약한 약제의 제품명
 - ㉢ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉤ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 누적 암치

료포인트 1점에서 4점에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장 및 하위 점수의 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 누적 암치료포인트 5점이상에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다. 또한 부활이전에 암치료비 지급사유가 발생한 경우 기존의 누적 암치료포인트는 유지됩니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-34. 갱신형 유방절제후림프부종증후군 진단비보장 특별약관

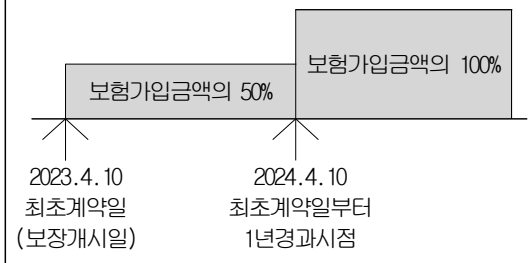
* 이 특별약관은 1형(해약환급금 지급형) 가입시에 한하여 가입가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 「유방절제후림프부종증후군」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방절제후림프부종증후군진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전 일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
유방절제후림프부종증후군 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【유방절제후림프부종증후군진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방절제후림프부종증후군진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
유방절제후림프부종증후군 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「유방절제후림프부종증후군」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항에 따라 유방절제후

림프부종증후군진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 유방절제후림프부종증후군진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(유방절제후림프부종증후군의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「유방절제후림프부종증후군」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 197.2(유방절제후림프부종증후군)로 분류되는 질병(【별표25(유방절제후림프부종증후군 분류표)】참조)을 말합니다.

② 「유방절제후림프부종증후군」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 현저한 부종을 확인하기 위한 팔/다리의 둘레 측정 및 부피검사(perometer), 림프관을 확인하기 위한 핵의학검사(림프관성광조영술, lymphoscintigraphy), 림프조영술, 부종의 정도를 확인하기 위한 생체저항측정법(bioimpedencemetry, 체성분검사) 및 영상학적 검사(초음파, CT, MRI) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「유방절제후림프부종증후군」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(핵의학검사, 림프조영술 등 검사결과지 포함) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단

을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 또는 10년으로 합니다. 다만, 갱신점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다) 또는 보통약관 보험종료나이까지의 기간이 5년 또는 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방절제후 림프부종증후군진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 때에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제), 제29조(납입면제에 관한 세부규정) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-35. 갱신형 만성간염(B,C형)진단비보장 특별약관

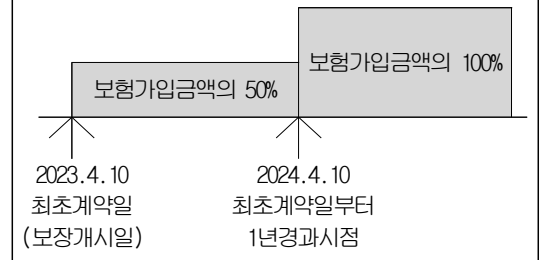
* 이 특별약관은 1형(해약환급금 지급형) 가입시에 한하여 가입가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「만성간염(B,C형)」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 만성간염(B,C형)진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전 일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
만성간염(B,C형) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【만성간염(B,C형)진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 만성간염(B,C형)진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
만성간염(B,C형) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「만성간염(B,C형)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항에 따라 만성간염(B,C형)진단비를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 만성간염(B,C형)진단

비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(만성간염(B,C형)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「만성간염(B,C형)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 만성 B,C형 간염으로 분류되는 질병【별표26(만성간염(B,C형) 분류표)】을 말하며 급성간염은 보장하지 않습니다.

② 「만성간염(B,C형)」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 항체검사, 혈액검사, 간 기능 검사 등에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「만성간염(B,C형)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보장개시일 전일 이전에 이미 제3조(만성간염(B,C형)의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「만성간염(B,C형)」보균자로 확인된 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록

부(항체검사, 간 기능 검사 등 검사결과지 포함) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다) 또는 보통약관 보험종료나이까지의 기간이 5년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성간염(B,C형)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 때에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제), 제29조(납입면제에 관한 세부규정) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-36. 갱신형

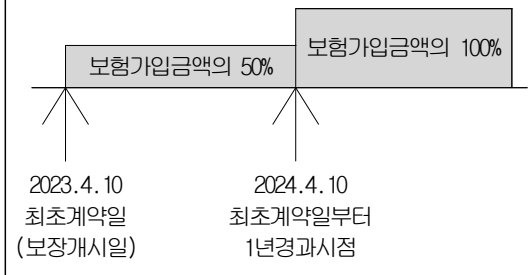
크론병및게양성대장염진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「크론병및게양성대장염」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 크론병및게양성대장염진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전 일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
크론병및게양성대장염 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【크론병및게양성대장염진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 크론병및게양성대장염진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
크론병및게양성대장염 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「크론병및게양성대장염」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 크론병및게양성대장염진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 크론병및게양성대장염진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(크론병및게양성대장염의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「크론병및게양성대장염」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표 27(크론병및게양성대장염 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「크론병및게양성대장염」의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 조직병리학적·방사선학적 검진과과 함께 내시경 검사, 전산화단층촬영(CT) 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초 하여야 합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서((진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(기타 검사결과지 포함) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 크론병및게양성대장염진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-37. 갱신형 특정천공진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「특정천공」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 보험가입금액을 특정천공진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정천공으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 특정천공진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정천공진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정천공의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정천공」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표28(특정천공 분류표)】에서 정한 「식도의 천공」, 「장의 천공(비외상성)」, 「담낭의 천공」 및 「담관의 천공」을 말합니다.

② 「특정천공」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사는 「특정천공」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서((진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(CT 등 기타 검사결과지 포함) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이

붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정천공진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-38. 갱신형 말기간경화진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표29(말기간경화)】에서 정한 「말기간경화」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 말기간경화진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기간경화로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 말기간경화진단비를 지급합니다. 다만, 제3조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 말기간경화진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

정)도 제외합니다.

2-39. 갱신형 말기신부전증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 말기신부전증진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기신부전증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 말기신부전증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 말기신부전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(말기신부전증의 정의 및 진단 확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장질환(제8차 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

② 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전 증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-40. 갱신형 말기폐질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 **【별표30(말기폐질환)】**에서 정한 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 말기폐질환진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기폐질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 말기폐질환진단비를 지급합니다. 다만, 제3조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 말기폐질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환 진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

정)도 제외합니다.

2-41. 갱신형 종합병원 암직접치료 낮병동입원일당(급여, 1일1회한, 연간20일한도)보장 특별약관

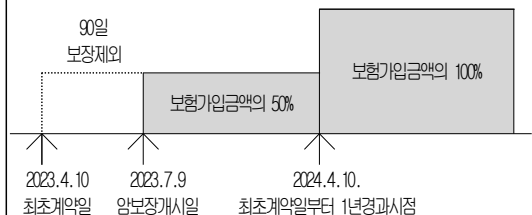
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별 약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사 암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제 자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑 상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직 접적인 치료」를 목적으로 종합병원에 입원하여 제5 조(낮병동 입원(급여)의 정의와 장소)에서 정한 「낮병동 입원(급여)」으로 의사의 치료를 받은 때 에는 보험수익자에게 입원 1일당 아래의 금액을 종 합병원 암직접치료 낮병동입원일당으로 지급합니 다. 다만, 아래의「최초계약일부터 1년경과시점」 이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

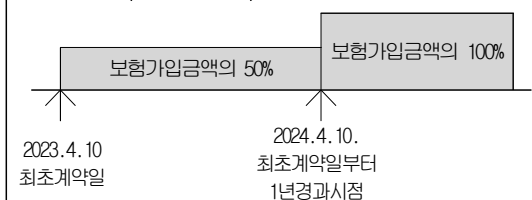
구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 종합병원에 낮병동 입원 시 (급여, 1일1회한, 연간20일한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【종합병원 암직접치료 낮병동입원일당(급여, 1 일1회한, 연간20일한도)[예시]】

< 암(유사암제외) >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 종합병원 암 직접치료 낮병동입원일당 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 입원 1일당 아래의 금액을 종합병원 암직접치료 낮병동입원일당으로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 종합병원에 낮병동 입원 시 (급여, 1일1회한, 연간20일한)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 종합병원 암직접치료 낮병동 입원일당의 지급횟수는 1일 입원당 1회에 한하며, 연간 20일 한도로 지급합니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】	
최초계약일	암보장개시일
2023년 4월 10일	2023년 7월 9일

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 암직접치료 낮병동입원일당의 지급횟수는 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병」의 직접치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를

목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 암직접치료 낮병동입원일당을 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 낮병동 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경

계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

[7] 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

[8] 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

[9] 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암 등의 질병의 직접적인 치료의 정의)

[1] 이 특별약관에서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」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)(이하 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

[2] 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

[3] 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 - ② 면역력 강화 치료
 - ③ 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- [4] 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
- ① 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 - ② 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - ③ 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제5조(낮병동 입원(급여)의 정의와 장소)

[1] 이 특별약관에서 「낮병동 입원(급여)」이라 함

은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 경우로서 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
낮병동 입원료 Day Care	
가. 상급종합병원	AF100
나. 종합병원	AF200

② 제1항의 「낮병동 입원(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「낮병동 입원(급여)」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 「낮병동 입원(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제6조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 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.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법

포함)

- ④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-42. 갱신형 재발암 및 잔여암진단비(2년대기형)(최초1회한)보장 특별약관

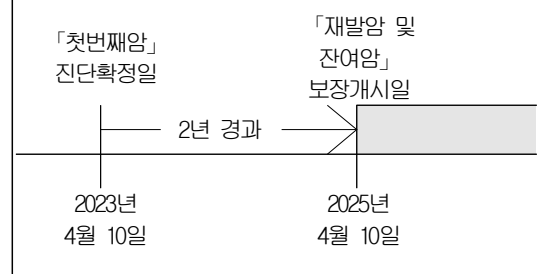
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 재발암 및 잔여암 보장개시일 이후 「재발암 및 잔여암(기타피부암, 갑상선암 제외)(이하 「재발암 및 잔여암」이라 합니다)」으로 진단 확정된 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 재발암 및 잔여암진단비로 지급하여 드립니다.

② 피보험자가 보험기간 중 재발암 및 잔여암 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「재발암 및 잔여암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 재발암 및 잔여암진단비를 지급합니다. 다만, 제9조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 재발암 및 잔여암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 재발암 및 잔여암 보장개시일이라 함은 첫번째암보장개시일 이후 최초로 발생한 「암(유사암제외)」(이하 「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날을 말합니다.

【재발암 및 잔여암 보장개시일[예시]】



④ 이 특별약관에서 첫번째암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 첫번째암보장개시일로 합니다.

【첫번째암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 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 하며, 이 경우 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상

선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제5항에 따른 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

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(재발암 및 잔여암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「재발암 및 잔여암」이란 재발암 및 잔여암 보장개시일 이후 진단 확정된 다음 각 호의 「암」을 말합니다. 단, 재발암 및 잔여암이 「기타피부암」, 「갑상선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 재발암

② 잔여암

② 제1항 제1호에서 「재발암」이란 「첫번째암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」에

대한 보장개시일 이후 발생한 「암」 진단부위에 암 세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「재발암 및 잔여암」은 「첫번째암」과 제8차 한국표준질병사인분류에서 정한 분류번호가 동일한 경우를 말합니다.

【재발암 및 잔여암의 보장 예시】

- 첫 번째 암 : C11 → 두 번째 암 : C11 : 보장
- 첫 번째 암 : C11 → 두 번째 암 : C12 : 비보장
- 첫 번째 암 : D47.1 → 두 번째 암 : D47.1 : 보장
- 첫 번째 암 : D47.1 → 두 번째 암 : D47.5 : 비보장

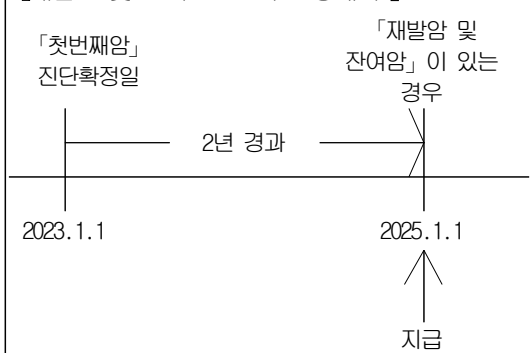
⑤ 「재발암 및 잔여암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「재발암 및 잔여암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「재발암 및 잔여암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재발암 및 잔여암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

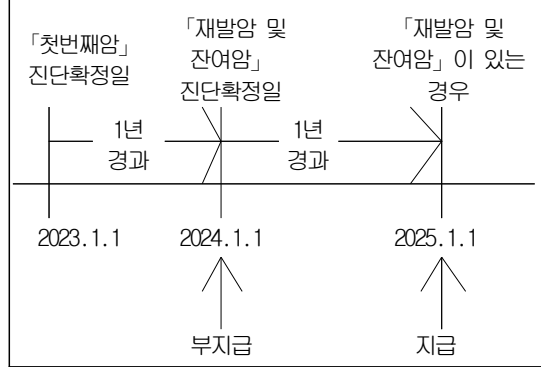
【제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 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

【재발암 및 잔여암진단비 보장예시1】



【재발암 및 잔여암진단비 보장예시2】



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 「첫번째암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 내에 제4조(재발암 및 잔여암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제2호까지의 암(「기타피부암」, 「갑상선암」 제외)으로 진단확정된 경우에는 재발암 및 잔여암진단비를 지급하지 않습니다.

제6조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제8조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 첫번째암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 재발암 및 잔여암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

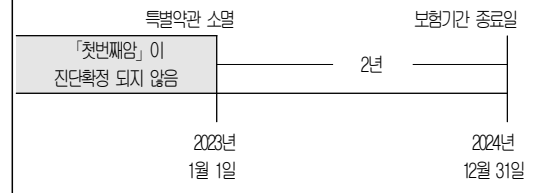
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 보험기간 중에 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 잔여

보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

【재발암 및 잔여암진단비 보장 소멸 예시】

「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



④ 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 재발암 및 잔여암보장개시일 및 첫번째암보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 특별약관이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 특별약관(이하 「갱신평약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ③ 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입 완료 되었을 것
- ④ 갱신전 특별약관이 소멸되지 않을 것

② 갱신평약의 보험기간은 갱신전 특별약관의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 특별약관의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나 아-2세)까지 「첫번째암」이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나아-2)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

④ 회사는 갱신탁약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신탁약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

⑤ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제4항의 갱신탁약 보험료에 대하여 갱신전 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-43. 갱신헤 유사암수술비 (25%체증형)보장 특별약관

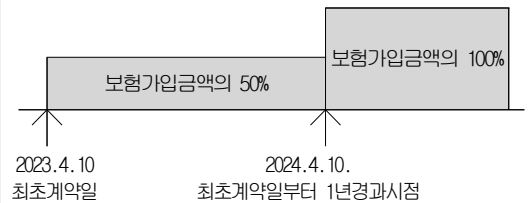
제1조(보험금의 지급사유)

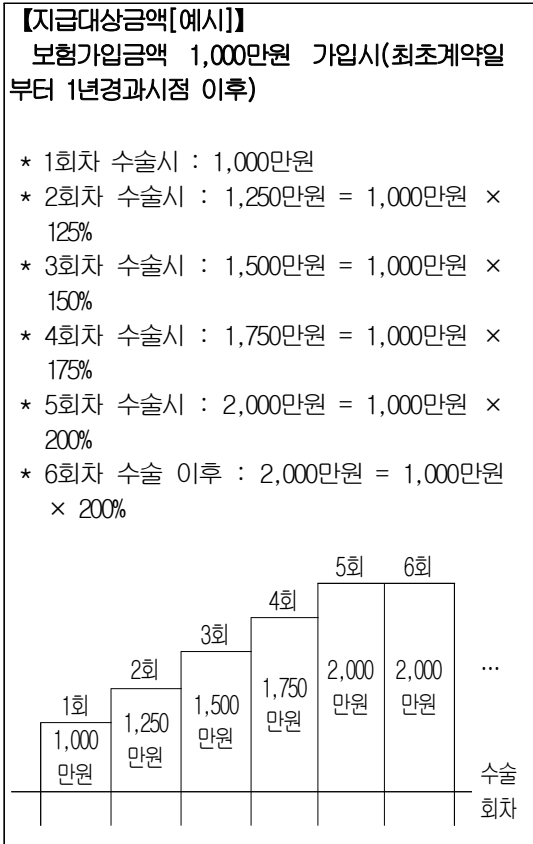
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」(이하 「유사암」)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 회차에 따라 아래에서 정한 보험가입금액을 유사암수술비(25%체증형)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
유사암 1회차 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
유사암 2회차 수술시	보험가입금액의 62.5%	보험가입금액의 125%
유사암 3회차 수술시	보험가입금액의 75%	보험가입금액의 150%
유사암 4회차 수술시	보험가입금액의 87.5%	보험가입금액의 175%
유사암 5회차 수술 이후	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 200%

【유사암수술비(25%체증형)【예시】】

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >





② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 유사암수술비(25%체증형) 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 수술 회차에 따라 보험가입금액을 기준으로 매 회당 25%씩 체증한 아래의 금액(5회차 이후로는 동일)을 유사암수술비(25%체증형)로 지급합니다.

구분	지급금액
유사암 1회차 수술시	보험가입금액의 100%
유사암 2회차 수술시	보험가입금액의 125%
유사암 3회차 수술시	보험가입금액의 150%
유사암 4회차 수술시	보험가입금액의 175%
유사암 5회차 수술 이후	보험가입금액의 200%

③ 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에도 불구하고, 제1항의 수술 회차는 최초계약일부터의 수술 횟수를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 유사암수술비(25%체증형)가 지급되지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조

(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

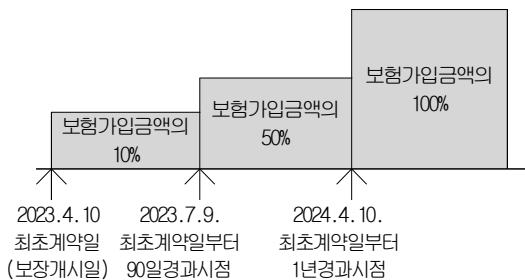
2-44. 갱신형 대장용종제거수술비 (급여, 용종 개수당)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 **【별표33(대장용종제거수술(급여) 분류표)】**에서 정한 「대장용종제거수술(급여)」을 받은 경우 절제된 용종의 개수당 아래의 금액을 보험수익자에게 대장용종제거수술비로 지급합니다. 단, 아래의 「최초계약일부터 90일경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액		
	최초계약일부터 90일경과시점 전일 이전	최초계약일부터 90일경과시점 이후 최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
대장용종 제거수술 (급여)시 (용종개수당)	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【대장용종제거수술비[예시]】



【예시1】 용종 3개 제거, 급여 3회 적용

「결장경하 종양 수술-폴립 절제술(Q7701)」: 급여 1회 적용
「결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개 이상시 초과되는 폴립 1개당)(Q7702)」: 급여 2회 적용
⇒ 「보험가입금액×3개」에 해당하는 보험금 지급

【예시2】 용종 7개 제거, 급여 6.5회 적용

「결장경하 종양 수술-폴립 절제술(Q7701)」: 급여 0.5회* 적용
「결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개 이상시 초

과되는 폴립 1개당)(Q7702)」: 급여 4회 적용
「결장경하 종양 수술-점막절제술 및 점막하종양 절제술(Q7703)」: 급여 1회 적용
「결장경하 종양 수술-점막하 박리 절제술(QX706)」: 급여 1회 적용
⇒ 「보험가입금액×7개」에 해당하는 보험금 지급
* 건강보험요양급여 적용기준에 따라 부수술로 인정되어 명세서상 0.5회로 적히나 실제로는 1회 수술을 받았으므로 1회의 가입금액을 지급

【예시3】 용종 10개 제거, 급여 6회 적용
「결장경하 종양 수술-폴립 절제술(Q7701)」: 급여 1회 적용
「결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개 이상시 초과되는 폴립 1개당)(Q7702)」: 급여 5회* 적용
⇒ 「보험가입금액×6개」에 해당하는 보험금 지급
* Q7702의 경우 건강보험심사평가원 심사기준에 따라 최대 5개까지만 급여로 인정받으므로 5회의 가입금액을 지급

② 제1항의 절제된 용종의 개수는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여를 적용받은 시행횟수를 의미합니다. 다만, 진료비세부내역서상 시행횟수가 1회 미만인 경우에도 1개의 용종으로 인정합니다.

③ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급 사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 대장용종제거수술비로 지급합니다.

구분	지급금액
대장용종제거수술(급여)시(용종 개수당)	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(대장용종제거수술(급여) 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「대장용종제거수술(급여)」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의

질병으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 【별표33(대장용종제거수술(급여) 분류표)】에서 정한 「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「대장용종제거수술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「대장용종제거수술(급여)」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 「대장용종제거수술(급여)」의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서진단서, 내시경 시술 기록지, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법

포함)

- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료 기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-45. 갱신형 보험료납입지원(유사암진단)(2종)보장 특별약관

* 이 특별약관은 2종(보험료 납입면제 1형) 가입시에 한하여 가입가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 보험료납입지원금으로 확정지급합니다. 다만, 보험료납입지원금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 최초지급사유 1회에 한하여 지급)	보험가입금액을 매월 보험료납입지원금 지급기간동안 확정지급

【보험료납입지원금 지급 예시】

가입금액 : 10만원

보험기간 : 20년

보험금 지급사유 발생시 경과기간 : 3년 6개월

→ 보험료납입지원금 지급기간 : 16년 6개월

총지급금액	지급기준	가입금액	1회 지급액
1,980만원	보험가입금액 × 198회 ^{주)}	10만원	10만원

주) 198회 = 16년 6개월(16년 × 12회 + 6회)

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2023년 1월 31일

→ 보험금 지급일 : 2023년 2월 28일

② 제1항의 보험료납입지원금 지급기간이라 함은 보험금 지급사유 발생일부터 만기일 이전까지의 기간을 말하며, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시 지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 이 특별약관의 보험수익자는 계약자로 합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 유사암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 보험료납입지원금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제4항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험료납입지원금에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록

부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선전준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입지원금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항 이외에도 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보장보험료납입면제 사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 단, 납입면제에 관한 세부규정은 보통약관 제1절 일반조항 제29조(납입면제에 관한 세부규정)를 준용합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급

하지 않습니다.

④ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제), 제29조(납입면제에 관한 세부규정) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-46. 갱신형 통합전이암진단비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

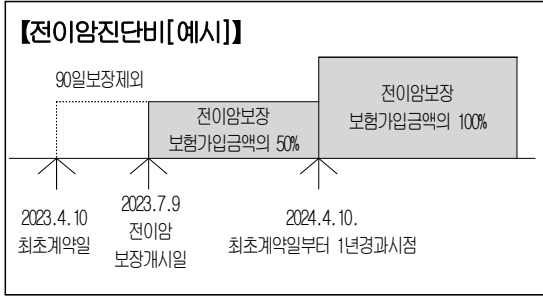
이 특별약관은 아래의 총 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- | |
|---------------------------|
| ① 림프절전이암(암(유사암제외))진단비 |
| ② 림프절전이암(기타피부암 및 갑상선암)진단비 |
| ③ 특정전이암(암(유사암제외))진단비 |
| ④ 특정전이암(기타피부암 및 갑상선암)진단비 |

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 전이암보장개시일 이후에 【별표35(전이암 분류표)】에서 정한 「전이암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 전이암구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 전이암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

전이암 구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
림프절전이암(암(유사암제외)) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	림프절전이암(암(유사암제외))보장 보험가입금액의 50%	림프절전이암(암(유사암제외))보장 보험가입금액의 100%
림프절전이암(기타 피부암 및 갑상선암) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	림프절전이암(기 타피부암 및 갑상선암)보장 보험가입금액의 50%	림프절전이암(기 타피부암 및 갑상선암)보장보 험가입금액의 100%
특정전이암(암(유 사암제외)) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정전이암(암(유 사암제외))보장 보험가입금액의 50%	특정전이암(암(유 사암제외))보장 보험가입금액의 100%
특정전이암(기타피 부암 및 갑상선암) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정전이암(기타 피부암 및 갑상선암)보장 보험가입금액의 50%	특정전이암(기타 피부암 및 갑상선암)보장 보험가입금액의 100%

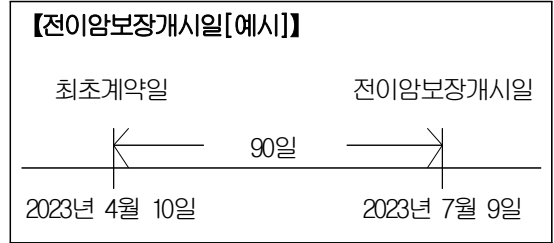


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「전이암」으로 진단확정시에는 보험수익자에게 전이암구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 전이암진단비로 지급합니다. 단, 제1항에 따라 전이암진단비가 이미 지급된 전이암구분에 대하여는 보상하지 않습니다.

전이암 구분	지급금액
림프절전이암(암(유사암제외)) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	림프절전이암(암(유사암제외)) 보장 보험가입금액의 100%
림프절전이암(기타피부암 및 갑상선암) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	림프절전이암(기타피부 암 및 갑상선암) 보장 보험가입금액의 100%
특정전이암(암(유사암제외)) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정전이암(암(유사암제 외))보장 보험가입금액의 100%
특정전이암(기타피부암 및 갑상선암) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정전이암(기타피부암 및 갑상선암)보장 보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 전이암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「전이암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 전이암진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제4항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 전이암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 전이암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 전이암보장개시일로 합니다.



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(전이암, 암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「전이암」이라 함은 「림프절전이암」, 「특정전이암」을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「림프절전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표35(전이암 분류표)의 림프절전이암】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「특정전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물」, 「기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물」, 「부위의 명시가 없는 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표35(전이암 분류표)의 특정전이암】참조)을 말합니다.

④ 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 「림프절전이암」을 「림프절전이암(암(유사암제외))」 또는 「림프절전이암(기타피부암 및 갑상선암)」으로 분류합니다.

⑤ 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 「특정전이암」을 「특정전이암(암(유사암제외))」 또는 「특정전이암(기타피부암 및 갑상선암)」으로 분류합니다.

다.

⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고, 일차성 악성신생물(암)이 확인되지 않는 경우에는 「림프절전이암(암(유사암제외))」 또는 「특정전이암(암(유사암제외))」으로 분류합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑩ 「전이암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「전이암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「전이암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑪ 제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제10항에 따른 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

【전이암진단비 지급예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우 림프절전이암(기타피부암 및 갑상선암)진단비 보험금을 지급합니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우 특정전이암(암(유사암제외))진단비 보험금을 지급합니다.
- C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)으로 진단되었지만 원발암이 확인되지 않아 C80.0(원발부위미상으로 언급된 악성 신생물)로 진단된 경우 특정전이암(암(유사암제외))진단비 보험금을 지급합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 전이암보장개시일의 전일 이전에 「전이암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「림프절전이암(암(유사암제외))」, 「림프절전이암(기타피부암 및 갑상선암)」, 「특정전이암(암(유사암제외))」 또는 「특정전이암(기타피부암 및 갑상선암)」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「림프절전이암(암(유사암제외))」, 「림프절전이암(기타피부암 및 갑상선암)」, 「특정전이암(암(유사암제외))」 또는 「특정전이암(기타피부암 및 갑상선암)」으로 각각 진단받아 전이암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸된 때에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

다.

④ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 전이암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-47. 갱신형 암(유사암제외)직접치료 통원일당(상급종합병원, 연간10회한) 보장 특별약관

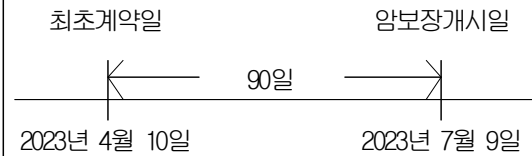
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 암직접치료통원일당(유사암제외)으로 지급합니다. 다만, 상급종합병원 암직접치료통원일당(유사암제외)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며, 연간 10회 한도로 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 암직접치료통원일당(유사암제외)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 암직접치료통원일당(유사암제외)을 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 암직접치료통원일당(유사암제외)을 지급합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단

확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(「암(유사암제외)의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」라 함은 「암(유사암제외)」을 제거하거나 「암(유사암제외)」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)(이하 「암(유사암제외)의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암(유사암제외)」을 제거하거나 「암(유사암제외)」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 「암(유사암제외)」의 제거 또는 「암(유사암제외)」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력 강화 치료
- ③ 「암(유사암제외)」이나 「암(유사암제외)」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」로 봅니다.

- ① 「암(유사암제외)」의 제거 또는 「암(유사암제외)」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
- ② 「암(유사암제외)의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
- ③ 「암(유사암제외)의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암(유사암제외)」이나 「암(유사암제외)」 치료로 인하여 발생한 후유

증 또는 합병증의 치료

- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제5조(통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「암(유사암제외)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암(유사암제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(유사암제외)」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암(유사암제외)」으로 진단된 경우에 이는 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제7조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서

정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-48. 갱신형 암(유사암제외)직접치료 통원일당(상급종합병원, 연간5회한) 보장 특별약관

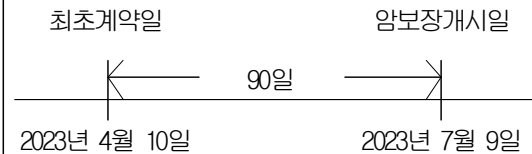
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 암직접치료통원일당(유사암제외)으로 지급합니다. 다만, 상급종합병원 암직접치료통원일당(유사암제외)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며, 연간 5회 한도로 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 암직접치료통원일당(유사암제외)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 암직접치료통원일당(유사암제외)을 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 암직접치료통원일당(유사암제외)을 지급합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단

확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(「암(유사암제외)의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」라 함은 「암(유사암제외)」을 제거하거나 「암(유사암제외)」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)(이하 「암(유사암제외)의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암(유사암제외)」을 제거하거나 「암(유사암제외)」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 「암(유사암제외)」의 제거 또는 「암(유사암제외)」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력 강화 치료
- ③ 「암(유사암제외)」이나 「암(유사암제외)」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」로 봅니다.

- ① 「암(유사암제외)」의 제거 또는 「암(유사암제외)」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
- ② 「암(유사암제외)의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
- ③ 「암(유사암제외)의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암(유사암제외)」이나 「암(유사암제외)」 치료로 인하여 발생한 후유

증 또는 합병증의 치료

- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제5조(통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「암(유사암제외)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암(유사암제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(유사암제외)」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암(유사암제외)」으로 진단된 경우에 이는 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제7조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서

정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-49. 갱신형 유사암직접치료 통원일당(상급종합병원, 연간5회한) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」 (이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고 그 「유사암의 직접적인 치료」를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 유사암직접치료통원일당으로 지급합니다. 다만, 상급종합병원 유사암직접치료통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며, 연간 5회 한도로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 유사암직접치료통원일당의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 유사암직접치료통원일당을 지급합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 유사암직접치료통원일당을 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】참조)

을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(「유사암의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「유사암의 직접적인 치료」라 함은 「유사암」을 제거하거나 「유사암」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)(이하 「유사암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「유사암의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「유사암」을 제거하거나 「유사암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「유사암의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 「유사암」의 제거 또는 「유사암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 「유사암」이나 「유사암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「유사암의 직접적인 치료」로 봅니다.

① 「유사암」의 제거 또는 「유사암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

② 「유사암」의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

③ 「유사암」의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「유사암」이나 「유사암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제5조(통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「유사암」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「유사암」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「유사암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「유사암」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「유사암」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「유사암」으로 진단된 경우에 이는 「유사암」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-50. 갱신형 암(유사암제외)직접치료 통원일당(요양병원제외, 연간10회한) 보장 특별약관

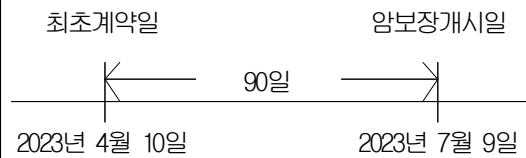
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료통원일당(유사암제외)으로 지급합니다. 다만, 암직접치료통원일당(유사암제외)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며, 연간 10회 한도로 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상

태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(「암(유사암제외)의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」라 함은 「암(유사암제외)」을 제거하거나 「암(유사암제외)」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)(이하 「암(유사암제외)의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암(유사암제외)」을 제거하거나 「암(유사암제외)」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 「암(유사암제외)」의 제거 또는 「암(유사암제외)」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 「암(유사암제외)」이나 「암(유사암제외)」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」로 봅니다.

① 「암(유사암제외)」의 제거 또는 「암(유사암제외)」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

② 「암(유사암제외)의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

③ 「암(유사암제외)의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암(유사암제외)」이나 「암(유사암제외)」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「암(유사암제외)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암(유사암제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(유사암제외)」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암(유사암제외)」으로 진단된 경우에 이는 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

제5조(통원의 정의와 장소)

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-51. 갱신형 암(유사암제외)직접치료 통원일당(요양병원제외, 연간5회한) 보장 특별약관

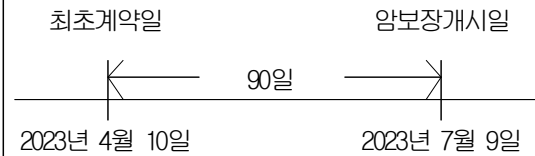
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료통원일당(유사암제외)으로 지급합니다. 다만, 암직접치료통원일당(유사암제외)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며, 연간 5회 한도로 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상

태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(「암(유사암제외)의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」라 함은 「암(유사암제외)」을 제거하거나 「암(유사암제외)」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)(이하 「암(유사암제외)의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암(유사암제외)」을 제거하거나 「암(유사암제외)」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 「암(유사암제외)」의 제거 또는 「암(유사암제외)」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 「암(유사암제외)」이나 「암(유사암제외)」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암(유사암제외)의 직접적인 치료」로 봅니다.

① 「암(유사암제외)」의 제거 또는 「암(유사암제외)」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

② 「암(유사암제외)의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

③ 「암(유사암제외)의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암(유사암제외)」이나 「암(유사암제외)」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제5조(통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「암(유사암제외)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암(유사암제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(유사암제외)」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암(유사암제외)」으로 진단된 경우에 이는 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-52. 갱신형 유사암직접치료 통원일당(요양병원제외, 연간5회한) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고 그 「유사암의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암직접치료통원일당으로 지급합니다. 다만, 유사암직접치료통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며, 연간 5회 한도로 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(「유사암의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「유사암의 직접적인 치료」라 함은 「유사암」을 제거하거나 「유사암」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 인정 한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 「유사암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「유사암의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「유사암」을 제거하거나 「유사암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「유사암의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 「유사암」의 제거 또는 「유사암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력 강화 치료
- ③ 「유사암」이나 「유사암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「유사암의 직접적인 치료」로 봅니다.

- ① 「유사암」의 제거 또는 「유사암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
- ② 「유사암」의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
- ③ 「유사암」의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「유사암」이나 「유사암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제5조(통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「유사암」의 직접적인 치료가 필요하

다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「유사암」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「유사암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「유사암」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「유사암」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「유사암」으로 진단된 경우에 이는 「유사암」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-53. 갱신형 암 주요치료비 (연간1회한, 5년간)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 5년간)
- ② 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 5년간)

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- ① 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 5년간)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 되고 「보험금 지급기간」 이내에 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 5년간)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「암(유사암제외)」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「암(유사암제외)의 진단해당일」(「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「암(유사암제외)의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「암(유사암제외)의 진단해당일」로 합니다.

④ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 8.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

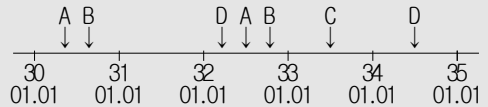
【암보장개시일 [예시]】



【암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 5년간)[예시](가입금액 1,000만원 기준)】

- 최초계약일 : 2024년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

- A: 암수술(C15)
- B: 항암방사선치료(C15)
- C: 항암약물치료(C15)
- D: 항암약물치료(C32)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
1,000만원	-	1,000만원	1,000만원	1,000만원

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 5년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 5년간)만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암 제외)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)], [2종(보험료 납입면제 1형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제

외)」으로 진단확정되었을 경우

② 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

③ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(납입면제에 관한 세부규정)

① 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 5.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2

회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장애가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽

또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

7.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

- ① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

- ① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1” 에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 중목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

8. (보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「암(유사암제외)」으로 진단확정을 받은 경우에도 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

9.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연

체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

② 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 5년간)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 되고 「보험금 지급기간」 이내에 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 5년간)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」(「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」로 합니다.

【기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 5년간)[예시](가입금액 200만원 기준)]

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

-C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단확정일

: 2030년 1월 1일

-C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단확정일

: 2031년 1월 1일

A: 기타피부암수술(C44)
B: 항암방사선치료(C44)
C: 항암약물치료(C44)
D: 항암약물치료(C73)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
200만원	-	200만원	200만원	200만원

*2030년 1월 1일 C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 5년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 5년간)만 지급합니다.

3.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1종(보험료 납입면제 미적용형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

【2종(보험료 납입면제 1형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

【3종(보험료 납입면제 2형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

5.(납입면제에 관한 세부규정)

① 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

④ 제3항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서

정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 4.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함한다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관

성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신 장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

12 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

13 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 7.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



6.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

1 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

4 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

1 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

- 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
- “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
- 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급을 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

7. (보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받은 경우에 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제4조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을

증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조(암주요치료의 정의)

① 「암주요치료」라 함은 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

- ① 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ② 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제6조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수 기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서

또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-54. 갱신형

통합항암방사선약물치료비(최대8회한)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

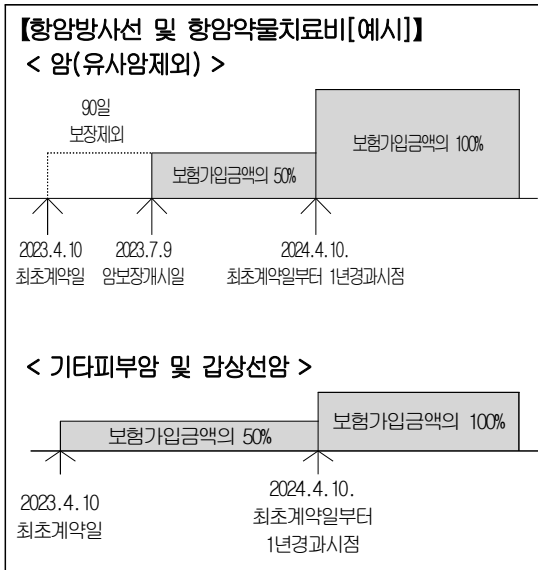
이 특별약관은 아래의 총 8개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- | |
|-------------------------------|
| ① 항암방사선치료비(급여, 암(유사암제외)) |
| ② 항암약물치료비(급여, 암(유사암제외)) |
| ③ 항암방사선치료비(급여, 기타피부암 및 갑상선암) |
| ④ 항암약물치료비(급여, 기타피부암 및 갑상선암) |
| ⑤ 항암방사선치료비(비급여, 암(유사암제외)) |
| ⑥ 항암약물치료비(비급여, 암(유사암제외)) |
| ⑦ 항암방사선치료비(비급여, 기타피부암 및 갑상선암) |
| ⑧ 항암약물치료비(비급여, 기타피부암 및 갑상선암) |

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암 및 갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(급여 항암방사선치료 및 비급여 항암방사선치료의 정의) 및 제6조(급여 항암약물치료 및 비급여 항암약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 암 구분 및 항암방사선약물 치료구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초1회에 한하여 통합항암방사선약물치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

암 구분	항암방사선약물 치료 구분	지급금액 (암 구분 및 항암방사선약물치료구 분별 각각 최초1회에 한하여 지급)	
		최초계약일 부터 1년경과시 점 전일 이전	최초계약일 부터 1년경과시 점 이후
암(유사암 제외)	급여 항암방사선치료시	보험가입 금액의 50%	보험가입 금액의 100%
	비급여 항암방사선치료시		
	급여 항암약물치료시		
	비급여 항암약물치료시		
기타피부 암 및 갑상선암	급여 항암방사선치료시		
	비급여 항암방사선치료시		
	급여 항암약물치료시		
	비급여 항암약물치료시		

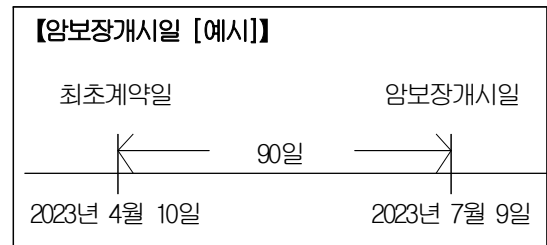


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 통합항암방사선약물치료비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 암 구분 및 항암방사선약물치료구분에 따

라 아래의 금액을 각각 최초1회에 한하여 통합항암방사선약물치료비로 지급합니다. 단, 제1항에 따라 통합항암방사선약물치료비가 이미 지급된 항암방사선약물치료구분에 대하여는 보상하지 않습니다.

암 구분	항암방사선약물 치료 구분	지급금액 (암 구분 및 항암방사선약물치료 구분별 각각 최초1회에 한하여 지급)
암(유사암 제외)	급여 항암방사선치료시	보험가입금액의 100%
	비급여 항암방사선치료시	
	급여 항암약물치료시	
	비급여 항암약물치료시	
기타피부암 및 갑상선암	급여 항암방사선치료시	
	비급여 항암방사선치료시	
	급여 항암약물치료시	
	비급여 항암약물치료시	

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이

확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(급여 항암방사선치료 및 비급여 항암방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암 및 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암 및 갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

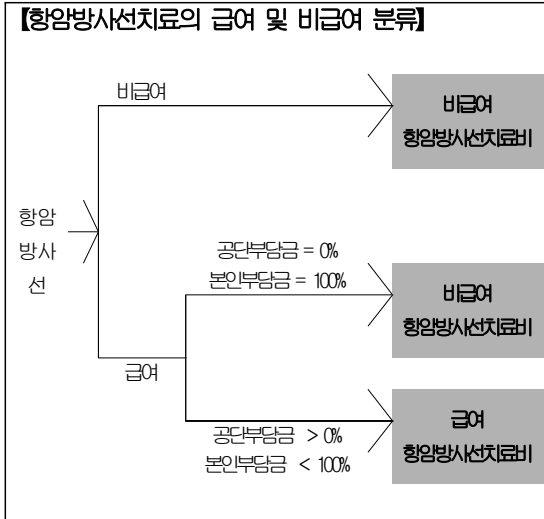
② 이 특별약관에서 「급여 항암방사선치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「항암방사선치료」 항목에서 급여(전액본인부담 제외)항목이 발생한 경우로서 【별표10(급여 항암방사선치료 분류표)】에서 정한 「항암방사선치료 대상 진료행위 코드」를 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가 치점수」의 개정에 따라 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」를 따릅니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 【별표10(급여 항암방사선치료 분류표)】에서 정한 진료행위 외에 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「비급여 항암방사선치료」라

함은 제1항에서 정한 「항암방사선치료」 중 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함) 및 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)을 말합니다.



제6조(급여 항암약물치료 및 비급여 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암 및 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

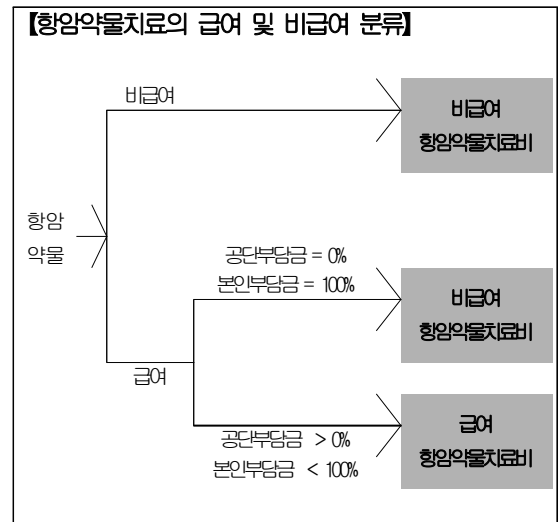
② 이 특별약관에서 「급여 항암약물」이라 함은 【별표11(급여 항암약물 분류표)】에서 정한 약제를 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 「급여 항암약물」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「급여 항암약물」을 따릅니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 【별표11(급여 항암약물 분류표)】에 해당하는 약제 외에 「급여 항암약물」에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「급여 항암약물치료」라 함은 「급여 항암약물」을 투여하는 것을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「비급여 항암약물치료」라 함은 제1항에서 정한 「항암약물치료」 중 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함), 보건복지부 고시 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」에서 정한 요양급여의 세부인정기준 및 방법을 벗어난 경우 또는 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)을 말합니다.



제7조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 「항암방사선치료비(급여, 암(유사암제외))」, 「항암약물치료비(급여, 암(유사암제외))」, 「항암방사선치료비(비급여, 암(유사암제외))」, 「항암약물치료비(비급여, 암(유사암제외))」 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입

한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수 기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「항암방사선치료비(급여, 암(유사암제외))」, 「항암약물치료비(급여, 암(유사암제외))」, 「항암방사선치료비(급여, 기타피부암 및 갑상선암)」, 「항암약물치료비(급여, 기타피부암 및 갑상선암)」, 「항암방사선치료비(비급여, 암(유사암제외))」, 「항암약물치료비(비급여, 암(유사암제외))」, 「항암방사선치료비(비급여, 기타피부암 및 갑상선암)」, 「항암약물치료비(비급여, 기타피부암 및 갑상선암)」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「항암방사선치료비(급여, 암(유사암제외))」, 「항암약물치료비(급여, 암(유사암제외))」, 「항암방사선치료비(급여, 기타피부암 및 갑상선암)」, 「항암약물치료비(급여, 기타피부암 및 갑상선암)」, 「항암방사선치료비(비급여, 암(유사암제외))」, 「항암약물치료비(비급여, 암(유사암제외))」, 「항암방사선치료비(비급여, 기타피부암 및 갑상선암)」, 「항암약물치료비(비급여, 기타피부암 및 갑상선암)」에 해당하는 지급사유가 모두 발생하여 통합항암방사선약물치료비를 각 1회씩 발생가능한 모든 항암치료에 대해 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 보장책임은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회

사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-55. 갱신행 계속받는 통합항암방사선약물치료비 (연간 최대8회한)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 8개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- | |
|--------------------------------------|
| ① 항암방사선치료비(급여, 암(유사암제외), 연간1회한) |
| ② 항암약물치료비(급여, 암(유사암제외), 연간1회한) |
| ③ 항암방사선치료비(급여, 기타피부암 및 갑상선암, 연간1회한) |
| ④ 항암약물치료비(급여, 기타피부암 및 갑상선암, 연간1회한) |
| ⑤ 항암방사선치료비(비급여, 암(유사암제외), 연간1회한) |
| ⑥ 항암약물치료비(비급여, 암(유사암제외), 연간1회한) |
| ⑦ 항암방사선치료비(비급여, 기타피부암 및 갑상선암, 연간1회한) |
| ⑧ 항암약물치료비(비급여, 기타피부암 및 갑상선암, 연간1회한) |

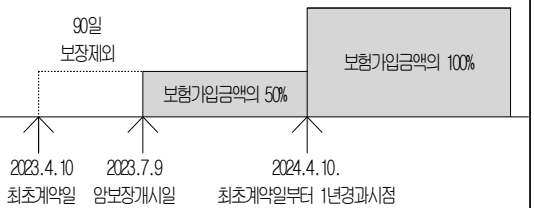
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암 및 갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(급여 항암방사선치료 및 비급여 항암방사선치료의 정의) 및 제6조(급여 항암약물치료 및 비급여 항암약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 암 구분 및 항암방사선약물치료구분에 따라 아래의 금액을 각각 연간1회에 한하여 항암방사선 및 항암약물치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날을 말합니다.

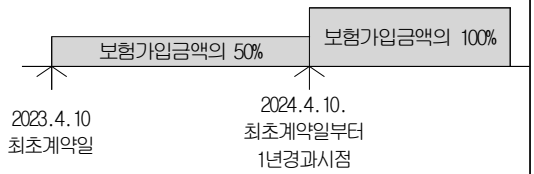
암 구분	항암방사선약물 치료 구분	지급금액 (암 구분 및 항암방사선약물치료구 분별 각각 연간1회에 한하여 지급)	
		최초계약일 부터 1년경과시 점 전일 이전	최초계약 일 부터 1년경과시 점 이후
암(유사암 제외)	급여 항암방사선치료시	보험가입 금액의 50%	보험가입 금액의 100%
	비급여 항암방사선치료시		
	급여 항암약물치료시		
	비급여 항암약물치료시		
기타피부 암 및 갑상선암	급여 항암방사선치료시		
	비급여 항암방사선치료시		
	급여 항암약물치료시		
	비급여 항암약물치료시		

【항암방사선 및 항암약물치료비[예시]】

< 암(유사암제외) >



< 기타피부암 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 통합항암방사선약물치료비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 암 구분 및 항암방사선약물치료구분에 따라 아래의 금액을 각각 연간1회에 한하여 항암방사

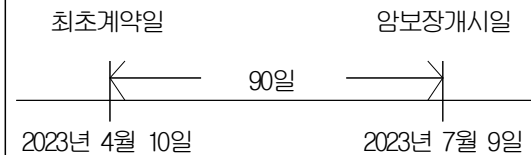
선 및 항암약물치료비로 지급합니다.

암 구분	항암방사선약물 치료 구분치료 구분	지급금액 (암 구분 및 항암방사선약물치료 구분별 각각 연간1회에 한하여 지급)
암(유사암 제외)	급여 항암방사선치료시	보험가입금액의 100%
	비급여 항암방사선치료시	
	급여 항암약물치료시	
	비급여 항암약물치료시	
기타피부암 및 갑상선암	급여 항암방사선치료시	
	비급여 항암방사선치료시	
	급여 항암약물치료시	
	비급여 항암약물치료시	

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약
일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지
의 기간을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계
약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조
(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경
우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니
다.

【암보장개시일 [예시]】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정 의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은
제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물
(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분
류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및
C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니
다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상
태, Premalignant condition or condition with
malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니
다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차
한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부
의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생
물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차
한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의
악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물
(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선
암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문
의 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
하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」
또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에
의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가
「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선
암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는
경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요
청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피
보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는
「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을
증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합
니다.

【제4항에 따른 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 없
는 경우

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질
병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에
따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위

의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(급여 항암방사선치료 및 비급여 항암방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암 및 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암 및 갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

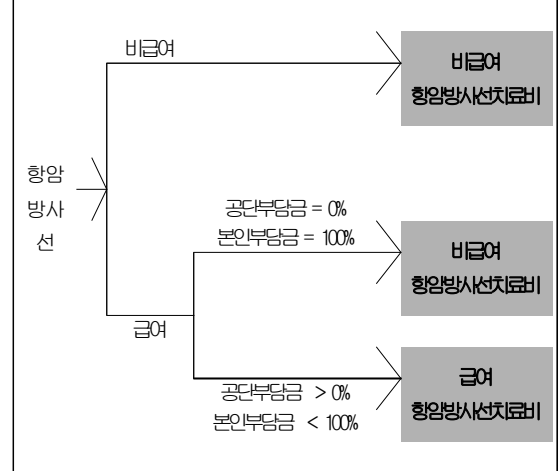
② 이 특별약관에서 「급여 항암방사선치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「항암방사선치료」 항목에서 급여(전액본인부담 제외)항목이 발생한 경우로서 【별표10(급여 항암방사선치료 분류표)】에서 정한 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」를 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」를 따릅니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 【별표10(급여 항암방사선치료 분류표)】에서 정한 진료행위 외에 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「비급여 항암방사선치료」라 함은 제1항에서 정한 「항암방사선치료」 중 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함) 및 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)을 말합니다.

【항암방사선치료의 급여 및 비급여 분류】



제6조(급여 항암약물치료 및 비급여 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암 및 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「급여 항암약물」이라 함은 【별표11(급여 항암약물 분류표)】에서 정한 약제를 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 「급여 항암약물」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「급여 항암약물」을 따릅니다.

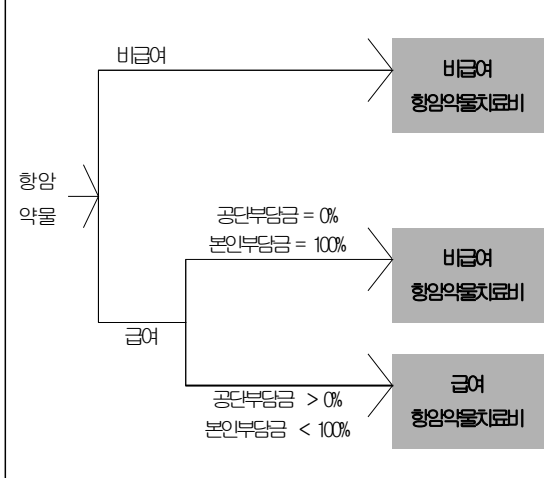
④ 제2항 및 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 【별표11(급여 항암약물 분류표)】에 해당하는 약제 외에 「급여 항암약물」에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 합니다.

니다.

⑤ 이 특별약관에서 「급여 항암약물치료」라 함은 「급여 항암약물」을 투여하는 것을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「비급여 항암약물치료」라 함은 제1항에서 정한 「항암약물치료」중 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함), 보건복지부 고시 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」에서 정한 요양급여의 세부인정기준 및 방법을 벗어난 경우 또는 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)을 말합니다.

【항암약물치료의 급여 및 비급여 분류】



제7조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 「항암방사선치료비(급여, 암(유사암제외), 연간1회한)」, 「항암약물치료비(급여, 암(유사암제외), 연간1회한)」, 「항암방사선치료비(비급여, 암(유사암제외), 연간1회한)」, 「항암약물치료비(비급여, 암(유사암제외), 연간1회한)」 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수 기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

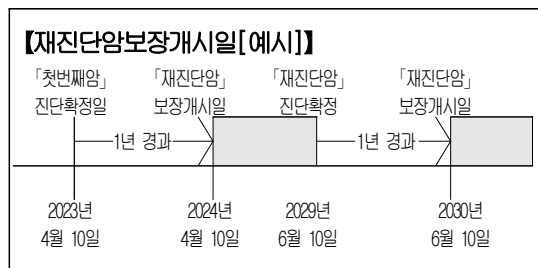
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-56. 갱신형 재진단암진단비 (5회한, 1년대기형, 기타피부암, 갑상선암및전립선암포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

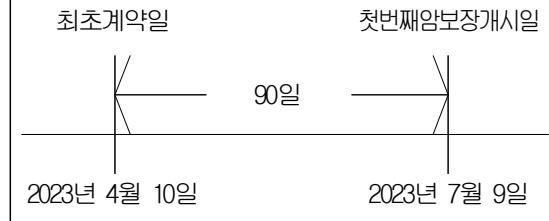
- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후에 「재진단암」으로 진단확정된 경우에는 5회에 한하여 보험수익자에게 보험가입금액을 재진단암진단비로 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「재진단암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 재진단암진단비를 지급합니다. 다만, 제11조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 재진단암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 이 특별약관에서 재진단암보장개시일이라 함은 다음 각 호를 따릅니다.

- ① 첫 번째 재진단암 : 첫번째암보장개시일 이후 「최초로 발생한 「암」 (이하 「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
- ② 두 번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날



- ④ 이 특별약관에서 첫번째암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 첫번째암보장개시일로 합니다.

【첫번째암보장개시일[예시]】



- ⑤ 제13조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 재진단암진단비 보험금 지급회차는 제3항의 첫 번째 재진단암보장개시일로부터의 재진단암진단비 보험금 지급 횟수를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 「암」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 하며, 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(재진단암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「재진단암」이란 첫번째암보장개시일 이후 「첫번째암」 또는 「재진단암」 진단확정일로부터 1년 경과 후 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말합니다.

- ① 새로운 원발암
- ② 전이암
- ③ 재발암
- ④ 잔여암

② 제1항 제1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 지속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

④ 제1항 제3호에서 「재발암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

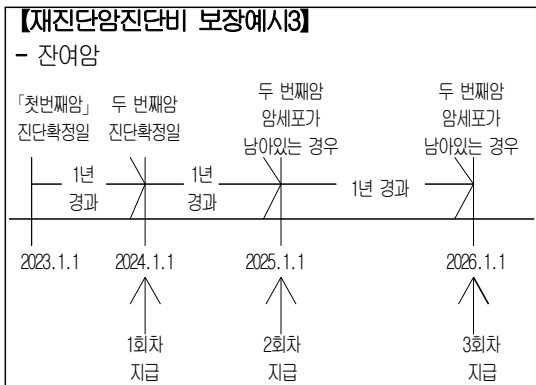
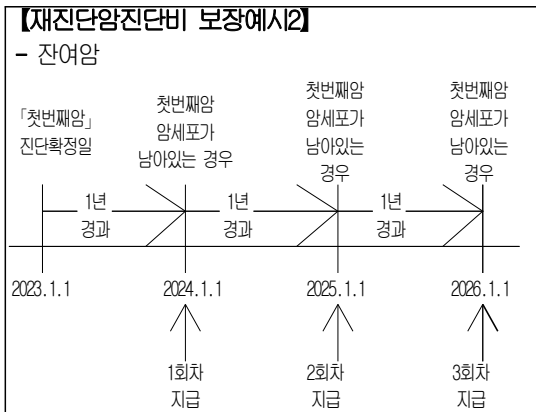
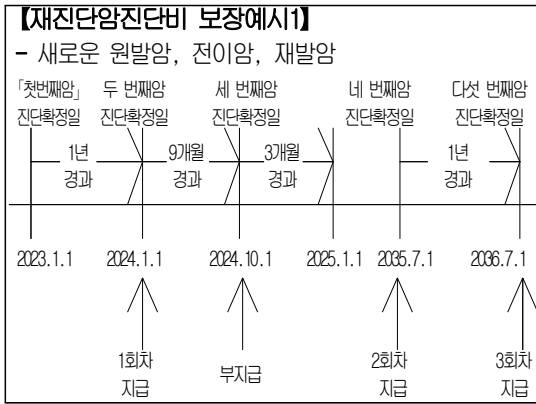
⑤ 제1항 제4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 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 하며, 이 경우 「재진단암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「재진단암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외합니다.

【제6항에 따른 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



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 「재진단암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 1년 내에 제4조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제4호까지의 암으로 진단확정된 경우에는 재진단암진단비를 지급하지 않습니다.

제6조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이

는 치료법을 말합니다.

② 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제8조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의

무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초 계약일부터 첫번째암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제9조(보험료의 납입면제)

① 회사는 2종(보험료 납입면제 1형)을 가입한 피보험자가 보험료 납입기간 중에 첫번째암보장개시일 이후 「암」으로 진단확정되고 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

② 회사는 3종(보험료 납입면제 2형)을 가입한 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 첫번째암보장개시일 이후 「암」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ③ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제10조(납입면제에 관한 세부규정)

① 제9조(보험료의 납입면제) 제2항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제9조(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 제9조(보험료의 납입면제) 제2항 제2호 및 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

에는 보험료의 납입을 면제합니다.

- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 제9조(보험료의 납입면제) 제2항 제2호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 재진단암진단비 5회차 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

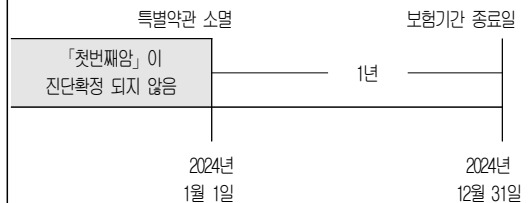
- ① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기

간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우

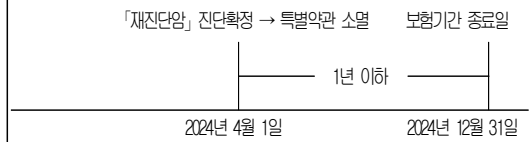
- ② 「재진단암」으로 진단 확정되어 재진단암진단비가 5회차 미만 지급되고, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 진단 확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

【재진단암진단비 보장 소멸 예시】

- ① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



- ② 「재진단암」 5회차 미만 진단확정 시점에 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



- ④ 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

- ⑤ 제3항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 재진단암보장개시일 및 첫번째암보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 자동갱신)

- ① 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 특별약관이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 특별약관(이하 「갱신특약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ③ 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입

완료 되었을 것

④ 갱신전 특별약관이 소멸되지 않을 것

② 갱신타락의 보험기간은 갱신전 특별약관의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 특별약관의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나 아-1세)까지 「첫번째암」이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나 아-1세) 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

④ 회사는 갱신타락에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신타락에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

⑤ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제4항의 갱신타락 보험료에 대하여 갱신전 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-57. 갱신타형 상급종합병원, 국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- | |
|--|
| ① 상급종합병원, 국립암센터 암(유사암제외)
주요치료비(연간1회한, 10년간) |
| ② 상급종합병원, 국립암센터 기타피부암 및 갑상선암
주요치료비(연간1회한, 10년간) |

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- | |
|--|
| ① 상급종합병원, 국립암센터 암(유사암제외)
주요치료비(연간1회한, 10년간) |
|--|

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 되고 「보험금 지급기간」 이내에 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원 또는 제9조(국립암센터의 정의)에서 정한 국립암센터(이하 「상급종합병원 또는 국립암센터」라 합니다)에서 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 상급종합병원, 국립암센터 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「암(유사암제외)」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「암(유사암제외)의 진단해당일」 (「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「암(유사암제외)의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「암(유사암제외)의 진단

해당일」로 합니다.

④ 이 보증에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 8.(보장의 갱신)에 따라 보증이 자동갱신되는 경우에는 이 보증의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



【상급종합병원,국립암센터 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간) [예시](가입금액 1,000만원 기준)】

- 최초계약일 : 2024년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

【암(유사암제외) 진단 후 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발생한 암 주요치료】

A: 암수술(C15)
B: 항암방사선치료(C15)
C: 항암약물치료(C15)
D: 항암약물치료(C32)
E: 항암약물치료(C32)
F: 암수술(C32)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
1,000만원	-	1,000만원	1,000만원	1,000만원



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	1,000만원	1,000만원	-

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 「암 주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 상급종합병원,국립암센터 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보증이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

- ① 이 보증의 피보험자가 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보증의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)], [2종(보험료 납입면제 1형)]

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.
- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
 - ② 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - ③ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(납입면제에 관한 세부규정)

- ① 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 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 이

내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

- ③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 5.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.
- ⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.
- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
 - ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관

성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신 장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

7.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적

립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

8. (보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「암(유사암제외)」으로 진단확정을 받은 경우에

이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

9. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

② 상급종합병원, 국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 되고 「보험금 지급기간」 이내에 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 상급종합병원, 국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

② 제1항의 「보험금 지급기간」 이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」 이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일부부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」 (「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」로 합니다.

【상급종합병원, 국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간) [예시](가입금액 200만원 기준)】

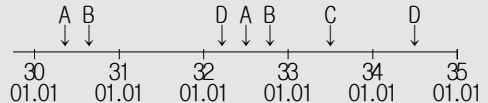
-최초계약일 : 2024년 7월 1일

-C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일

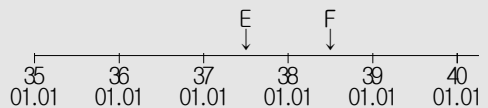
-C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

[기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발생한 암 주요치료]

A: 기타피부암수술(C44)
B: 항암방사선치료(C44)
C: 항암약물치료(C44)
D: 항암약물치료(C73)
E: 항암약물치료(C73)
F: 갑상선암수술(C73)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
200만원	-	200만원	200만원	200만원



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	200만원	200만원	-

*2030년 1월 1일 C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 상급종합병원, 국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

3.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[2종(보험료 납입면제 1형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지

않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

5.(납입면제에 관한 세부규정)

① 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2

년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은
상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이
내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장
해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1
형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에
도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정
된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관
에 재발 또는 전이되어 4.(보험료의 납입면제) [2
종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제
2형)] 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유
가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제
하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전
일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라
도 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 그 「암
(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외)
또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년
이 지난 이후에는 4.(보험료의 납입면제) [2종(보
험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)]
제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니
다.

④ 제3항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동
안」이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보
험료의 납입이 면제되는 경우 납입최고(독촉)와 계
약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은
경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입
을 면제하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서
정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한
날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 【별표2(장애분류표)】에 해당되지 않는 후유장
해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에
관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표2(장애분류
표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 4.(보험료의 납입면제)의
보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는
보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3
자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제
3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중
에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의
료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유
장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정
합니다. 다만, 【별표2(장애분류표)】의 각 신체부
위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에
따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2
회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당
하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장

해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가
중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장해지급률
에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니
다. 다만, 【별표2(장애분류표)】의 각 신체부위별
판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따
릅니다.

⑩ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해
당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나
또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다),
보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에
게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하
는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지
의 후유장애에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으
로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장해
지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입
면제 사유가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제)
[3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호
에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만,
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결
정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니
다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와
보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관
성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로
인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하
는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변,
폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신
장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결
정 능력이 없는 상태를 말합니다.

⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업,
직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행
위로 인하여 상해 관련 후유장애가 발생한 때에는
4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2
형)] 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유
에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽
또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경
험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말함)

다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)

③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

13 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 7.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



6.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

1 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

4 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

1 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

- 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
- “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
- 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

4 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

7. (보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받은 경우에 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제4조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물

(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단

확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(암주요치료의 정의)

① 「암주요치료」라 함은 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

- ① 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ② 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조 (정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

④ 제1항 또는 제3항의 「암주요치료」는 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)

④ 미용성형 목적의 수술

⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술

⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 쉐리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하

는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

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

제9조(국립암센터의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말한다.

【암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)】

- ① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

【암관리법 제29조(부속기관의 설치)】

- ① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따

라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

**2-58. 갱신형 상급종합병원,국립암센터 암
주요치료비(연간1회한,
10년간)(체증형)보장 특별약관**

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성
되어 있습니다.

- ① 상급종합병원,국립암센터 암(유사암제외) 주요치료
비(연간1회한, 10년간)(체증형)
- ② 상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암
주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부
보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- ① 상급종합병원,국립암센터 암(유사암제외) 주요치료
비(연간1회한, 10년간)(체증형)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별
약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사
암제외)」으로 진단확정 되고 「보험금 지급기간」
이내에 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급
종합병원 또는 제9조(국립암센터의 정의)에서 정한
국립암센터(이하 「상급종합병원 또는 국립암센터」
라 합니다)에서 제5조(암주요치료의 정의)에서 정
한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연
간 1회에 한하여 아래의 금액을 상급종합병원,국립
암센터 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10
년간)(체증형)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과
상이한 「암(유사암제외)」으로 「보험금 지급기
간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니
다.

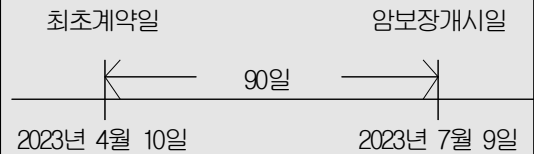
구분	지급금액
암(유사암제외) 진단후 1차 연도	해당보장 보험가입금액의 100%
암(유사암제외) 진단후 2차 연도	해당보장 보험가입금액의 120%
암(유사암제외) 진단후 3차 연도	해당보장 보험가입금액의 140%
암(유사암제외) 진단후 4차 연도	해당보장 보험가입금액의 160%
암(유사암제외) 진단후 5차 연도	해당보장 보험가입금액의 180%
암(유사암제외) 진단후 6차 연도 이후	해당보장 보험가입금액의 200%

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「암(유사
암제외)」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기
간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
단, 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는
그 치료를 받은 날 까지를 「보험금 지급기간」으로
합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「암(유사암제외)」의
최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로
도래하는 「암(유사암제외)의 진단해당일」 (「암(유
사암제외)」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을
말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당
연월의 「암(유사암제외)의 진단해당일」이 없는 경
우에는 해당 연월의 말일을 「암(유사암제외)의 진단
해당일」로 합니다.

④ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일
부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로
합니다. 다만, 8.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자
동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개
시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



【상급종합병원, 국립암센터 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)

【예시】(가입금액 1,000만원 기준)

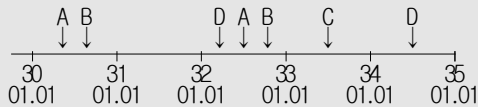
-최초계약일 : 2024년 7월 1일

-C15(식도의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2030년 1월 1일

-C32(후두의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2031년 1월 1일

[암(유사암제외) 진단 후 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발생한 암 주요치료]

- A: 암수술(C15)
B: 항암방사선치료(C15)
C: 항암약물치료(C15)
D: 항암약물치료(C32)
E: 항암약물치료(C32)
F: 암수술(C32)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
1,000만원	-	1,400만원	1,600만원	1,800만원



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	2,000만원	2,000만원	-

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보상합니다.

③ 회사는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 「암 주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 상급종합병원, 국립암센터 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)], [2종(보험료 납입면제 1형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ③ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(납입면제에 관한 세부규정)

① 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 5.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑨ 회사는 다른 악정이 없으면 피보험자가 직업,

직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

7.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1형(해약환급금 지급형)]

- ① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

[2형(해약환급금미지급형)]

- ① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

- 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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

8.(보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「암(유사암제외)」으로 진단확정을 받은 경우에 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

9.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연

체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

② 상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암
주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 되고 「보험금 지급기간」 이내에 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

구분	지급금액
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 1차 연도	해당보장 보험가입금액의 100%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 2차 연도	해당보장 보험가입금액의 120%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 3차 연도	해당보장 보험가입금액의 140%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 4차 연도	해당보장 보험가입금액의 160%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 5차 연도	해당보장 보험가입금액의 180%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 6차 연도 이후	해당보장 보험가입금액의 200%

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」(「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」로 합니다.

【상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형) [예시](가입금액 200만원 기준)】

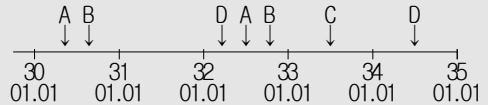
-최초계약일 : 2024년 7월 1일

-C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일

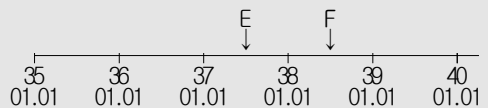
-C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

[기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발생한 암 주요치료]

A:기타피부암수술(C44)
B:항암방사선치료(C44)
C:항암약물치료(C44)
D:항암약물치료(C73)
E:항암약물치료(C73)
F:갑상선암수술(C73)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
200만원	-	280만원	320만원	360만원



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	400만원	400만원	-

*2030년 1월 1일 C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「기타피부암」 및 「갑상선

암」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 상급종합병원, 국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)만 지급합니다.

3.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[2종(보험료 납입면제 1형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

5.(납입면제에 관한 세부규정)

① 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도

도 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

④ 제3항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 면제되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 면제하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 【별표2(장애분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표2(장애분류표)】의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 4.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장애지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장애분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장애지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이미 결정된 장애지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장애분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애

지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입 면제 사유가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

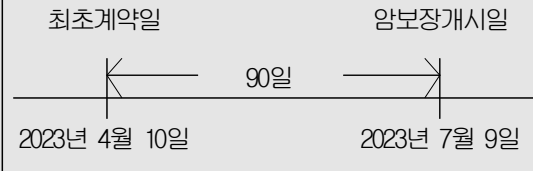
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장애가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

⑬ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 7.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



6. (보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

- ① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

- ① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

- 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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

7. (보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받은 경우에 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제4조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물

(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단

확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(암주요치료의 정의)

① 「암주요치료」라 함은 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

- ① 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ② 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

④ 제1항 또는 제3항의 「암주요치료」는 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술

- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

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

제9조(국립암센터의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말한다.

【암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)】

- ① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

【암관리법 제29조(부속기관의 설치)】

- ① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수 기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-59. 갱신형 암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)(체증형)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)
- ② 기타피부암 및 갑상선암
주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- ① 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 되고 「보험금 지급기간」 이내에 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「암(유사암제외)」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

구분	지급금액
암(유사암제외) 진단후 1차 연도	해당보장 보험가입금액의 100%
암(유사암제외) 진단후 2차 연도	해당보장 보험가입금액의 120%
암(유사암제외) 진단후 3차 연도	해당보장 보험가입금액의 140%
암(유사암제외) 진단후 4차 연도	해당보장 보험가입금액의 160%
암(유사암제외) 진단후 5차 연도	해당보장 보험가입금액의 180%
암(유사암제외) 진단후 6차 연도 이후	해당보장 보험가입금액의 200%

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는

그 치료를 받은 날 까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「암(유사암제외)의 진단해당일」(「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「암(유사암제외)의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「암(유사암제외)의 진단해당일」로 합니다.

④ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 8.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



【암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간) (체증형)

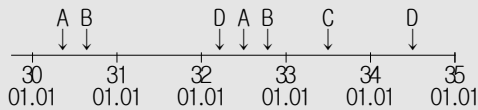
【예시】(가입금액 1,000만원 기준)

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

-C15(식도의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2030년 1월 1일

-C32(후두의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2031년 1월 1일

A: 암수술(C15)
B: 항암방사선치료(C15)
C: 항암약물치료(C15)
D: 항암약물치료(C32)
E: 항암약물치료(C32)
F: 암수술(C32)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
1,000만원	-	1,400만원	1,600만원	1,800만원



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	2,000만원	2,000만원	-

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회

의 치료로 간주하여 하나의 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1종(보험료 납입면제 미적용형)], 【2종(보험료 납입면제 1형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

【3종(보험료 납입면제 2형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음

중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ③ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(납입면제에 관한 세부규정)

① 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 5.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정

합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는

5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

7.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1형(해약환급금 지급형)]

- ① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

[2형(해약환급금미지급형)]

- ① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

- 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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

8. (보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「암(유사암제외)」으로 진단확정을 받은 경우에 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

9.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연

체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

② 기타피부암 및 갑상선암
주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 되고 「보험금 지급기간」 이내에 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

구분	지급금액
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 1차 연도	해당보장 보험가입금액의 100%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 2차 연도	해당보장 보험가입금액의 120%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 3차 연도	해당보장 보험가입금액의 140%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 4차 연도	해당보장 보험가입금액의 160%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 5차 연도	해당보장 보험가입금액의 180%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 6차 연도 이후	해당보장 보험가입금액의 200%

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」(「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」로 합니다.

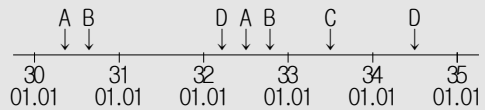
【기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형) [예시](가입금액 200만원 기준)】

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

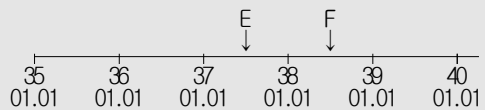
-C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2030년 1월 1일

-C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2031년 1월 1일

A: 기타피부암수술(C44)
B: 항암방사선치료(C44)
C: 항암약물치료(C44)
D: 항암약물치료(C73)
E: 항암약물치료(C73)
F: 갑상선암수술(C73)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
200만원	-	280만원	320만원	360만원



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	400만원	400만원	-

*2030년 1월 1일 C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은

경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)만 지급합니다.

3.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[2종(보험료 납입면제 1형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음

중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

5.(납입면제에 관한 세부규정)

① 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 그 「암

(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

④ 제3항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 면제되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 면제하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 4.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입 면제 사유가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

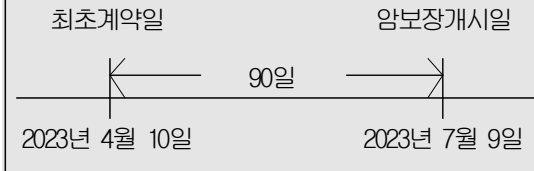
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장애가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

⑬ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 7.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



6. (보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

- ① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

- ① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

- 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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

7. (보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받은 경우에 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제4조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물

(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단

확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(암주요치료의 정의)

① 「암주요치료」라 함은 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

- ① 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ② 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조 (정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제6조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술

- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
- ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수 기재) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-60. 갱신형 통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 6개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 특정소액암 주요치료비(연간1회한, 10년간)
- ② 특정소화기암 주요치료비(연간1회한, 10년간)
- ③ 15대특정암 주요치료비(연간1회한, 10년간)
- ④ 10대특정암 주요치료비(연간1회한, 10년간)
- ⑤ 4대고액암 주요치료비(연간1회한, 10년간)
- ⑥ 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- ① 특정소액암 주요치료비(연간1회한, 10년간)
- ② 특정소화기암 주요치료비(연간1회한, 10년간)
- ③ 15대특정암 주요치료비(연간1회한, 10년간)
- ④ 10대특정암 주요치료비(연간1회한, 10년간)
- ⑤ 4대고액암 주요치료비(연간1회한, 10년간)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)】에서 정한 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암구분별 보험금 지급기간」 이내에 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 해당 암구분별 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 통합암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)로 지급합니다. 다만, 동일한 암구분 내에서 최초 진단과 상이한 「통합암(유사암제외)」으로 「암구분별 보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다. 또한, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

암 구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 암구분별 「통합암(유사 암제외)」으로 진단확정시	최초계약일부터 1년경과시점 이후 암구분별 「통합암(유사 암제외)」으로 진단확정시
암구분별 「통합암(유사 암제외)」 진단 후 「암구분별 보험금 지급기간」 동안 「암주요치료」 를 받은 경우 (연간1회한, 10년간)	특정 소액암	해당보장 보험가입금액의 50%(보험금 지급기간 동안 적용)	해당보장 보험가입금액의 100%(보험금 지급기간 동안 적용)
	특정 소화기 암	해당보장 보험가입금액의 100%	
	15대 특정암	해당보장 보험가입금액의 100%	
	10대 특정암	해당보장 보험가입금액의 100%	
	4대 고액암	해당보장 보험가입금액의 100%	

㉔ 제1항에도 불구하고 8.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 통합암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간) 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 해당 암구분별 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 통합암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)로 지급합니다.

암 구 분		지급금액
암구분별 「통합암(유사 암제외)」 진단 후 「암구분별 보험금 지급기간」 동안 「암주요치료」 를 받은 경우 (연간1회한, 10년간)	특정 소액암	해당보장 보험가입금액의 100%
	특정 소화기 암	해당보장 보험가입금액의 100%
	15대 특정암	해당보장 보험가입금액의 100%
	10대 특정암	해당보장 보험가입금액의 100%
	4대 고액암	해당보장 보험가입금액의 100%

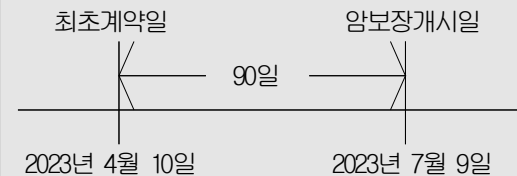
㉕ 제1항의 「암구분별 보험금 지급기간」이라 함은 암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 각 암구분별 10차

연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 해당 「암구분별 보험금 지급기간」으로 합니다.

㉖ 제1항 및 제2항의 「연간」이라 함은 암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단확정일부 터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암구분 별 「통합암(유사암제외)의 진단해당일」(암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 암구분별 「통합암(유사암제외)의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 암구분별 「통합암(유사암제외)의 진단해당일」로 합니다.

㉗ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 8.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개 시일로 합니다.

【암보장개시일(예시)】



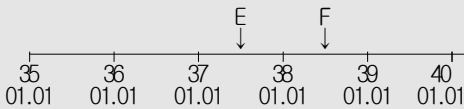
【통합암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)[예시1(동일한 암구분으로 진단시)](가입금액 1,000만원 기준)】

- 최초계약일 : 2024년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물)(10대특정암)
최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일
- C33(기관지의 악성 신생물)(10대특정암)
최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

A: 암수술(C15)
B: 항암방사선치료(C15)
C: 항암약물치료(C15)
D: 항암약물치료(C33)
E: 항암약물치료(C33)
F: 암수술(C33)



암구분	진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
10대 특정암	1,000만원	-	1,000만원	1,000만원	1,000만원



암구분	진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
10대 특정암	-	-	1,000만원	1,000만원	-

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물)(10대특정암) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 10대특정암을 최초 진단받더라도 10대특정암 암구분의 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

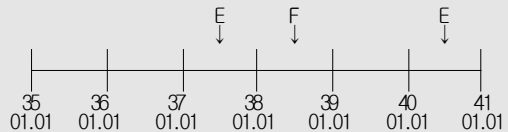
【통합암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)[예시2(상이한 암구분으로 진단시)](각각 가입금액 1,000만원 기준)】

- 최초계약일 : 2024년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물)(10대특정암)
최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물)(15대특정암)
최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

A: 암수술(C15)
B: 항암방사선치료(C15)
C: 항암약물치료(C15)
D: 항암약물치료(C32)
E: 항암약물치료(C32)
F: 암수술(C32)



암구분	진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
10대 특정암	1,000만원	-	1,000만원	1,000만원	-
암구분		진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도
15대 특정암		-	1,000만원	-	1,000만원



암구분	진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도	
10대 특정암	-	-	-	-	-	
암구분	진단후 5차 연도	진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
15대 특정암	-	-	1,000만원	1,000만원	-	1,000만원

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물)(10대특정암) 최초 진단 이후 10대특정암 이외의 다른 암구분인 C32(후두의 악성신생물)(15대특정암)으로 최초 진단받은 경우 15대특정암 암구분의 보험금 지급기간은 15대특정암 최초 진단확정일인 2031년 1월 1일로부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단 확정 후 보험기간이 만료되더라도 「암구분별 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 동일한 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 해당 암구분별 하나의 통합암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

① 피보험자가 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특정암」, 「10대특정암」 또는 「4대고액암」으로 최초 진단확정을 받고 해당 「암구분별 보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 암구분별 각각에 대한 세부보장은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 해당 암구분별 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[2종(보험료 납입면제 1형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 보통약관 제1절 일반조항 제29조의 1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정의한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 보통약관 제1절 일반조항 제29조의 1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

② 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

③ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(납입면제에 관한 세부규정)

① 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 5.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으

로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장애가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

7.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한

한가지형만을 적용합니다.

[1형(해약환급금 지급형)]

- ① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

[2형(해약환급금미지급형)]

- ① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 해당 암구분별 세부보장과 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청

구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

8.(보장의 갱신)

이 보장에 있어서 각 세부보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정을 받은 암구분별 세부보장의 경우에 해당 세부보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

9.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

⑥ 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회 한, 10년간)

1.(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.
- ② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.
- ③ 제1항의 「연간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여

매1년 단위로 도래하는 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」 (「기타피부암」 및 「갑상선암」 의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」 이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」 로 합니다.

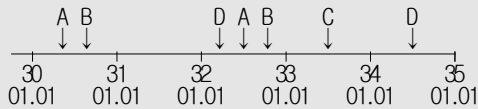
【기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)[예시](가입금액 200만원 기준)】

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

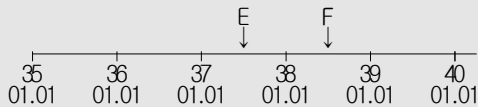
-C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일

-C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

A: 기타피부암수술(C44)
B: 항암방사선치료(C44)
C: 항암약물치료(C44)
D: 항암약물치료(C73)
E: 항암약물치료(C73)
F: 갑상선암수술(C73)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
200만원	-	200만원	200만원	200만원



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	200만원	200만원	-

*2030년 1월 1일 C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」 이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「기타피부암」 및 「갑상선암」 으로 「암주요치료」 를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

3.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」 이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1종(보험료 납입면제 미적용형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

【2종(보험료 납입면제 1형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 보통약관 제1절 일반조항 제29조의1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」 으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 진단확정되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된

보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 보통약관 제1절 일반조항 제29조의1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

5.(납입면제에 관한 세부규정)

① 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에

도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

④ 제3항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 4.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

10 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해 지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

11 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

12 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

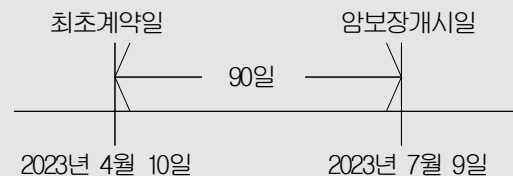
- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우

에는 납입면제 하여 드립니다)

- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

13 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 7.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



6.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

- 1 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- 3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- 4 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

- 1 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급을 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

7.(보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받은 경우에 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제4조(통합암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「통합암(유사암제외)」이라 함은 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특

정암」, 「10대특정암」, 「4대고액암」을 총칭합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어 「특정소액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「피부의 악성 흑색종, 유방의 악성 신생물, 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 전립선의 악성 신생물, 고환의 악성 신생물, 신우의 악성 신생물, 요관의 악성 신생물, 방광의 악성 신생물, 진성 적혈구증가증」으로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 특정소액암】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어 「특정소화기암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「위의 악성 신생물, 결장의 악성 신생물, 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 직장의 악성 신생물, 항문 및 항문관의 악성 신생물, 간 및 간내 담관의 악성 신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 특정소화기암】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어 「15대특정암」이라 함은 【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 15대특정암】에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「10대특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「식도의 악성 신생물, 소장의 악성 신생물, 기관의 악성 신생물, 흉선의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물 및 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 10대특정암 참조】)을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에 있어 「4대고액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「담낭의 악성 신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물, 췌장의 악성 신생물, 골 및 관절연골의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 4대고액암 참조】)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑩ 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑪ 제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제10항에 따른 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

제5조(암주요치료의 정의)

① 「암주요치료」라 함은 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

- ① 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ② 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬 제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제6조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 함이다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

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

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수기재) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및

미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-61. 갱신형 통합암 주요치료비(체증형) (연간1회한, 10년간)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 6개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 특정소액암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)
- ② 특정소화기암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)
- ③ 15대특정암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)
- ④ 10대특정암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)
- ⑤ 4대고액암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)
- ⑥ 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- ① 특정소액암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)
- ② 특정소화기암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)
- ③ 15대특정암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)
- ④ 10대특정암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)
- ⑤ 4대고액암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)】에서 정한 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암구분별 보험금 지급기간」 이내에 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 해당 암구분별 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 통합암(유사암제외) 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)로 지급합니다. 다만, 동일한 암구분 내에서 최초 진단과 상이한 「통합암(유사암제외)」으로 「암구분별 보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

또한, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날을 말합니다.

암 구 분		지급금액 (보험금 지급기간 동안 적용)	
		최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 암구분별 「통합암(유사 암제외)」으로 진단확정시	최초계약일부터 1년경과시점 이후 암구분별 「통합암(유사 암제외)」으로 진단확정시
특정소액암 진단 후 각 연도별 「암주요치료」 를 받은 경우	1차 연도	해당보장 보험가입금액의 50%	해당보장 보험가입금액의 100%
	2차 연도	해당보장 보험가입금액의 60%	해당보장 보험가입금액의 120%
	3차 연도	해당보장 보험가입금액의 70%	해당보장 보험가입금액의 140%
	4차 연도	해당보장 보험가입금액의 80%	해당보장 보험가입금액의 160%
	5차 연도	해당보장 보험가입금액의 90%	해당보장 보험가입금액의 180%
	6차 연도 이후	해당보장 보험가입금액의 100%	해당보장 보험가입금액의 200%
특정소액암 이외의 암구분별 「통합암(유사암 제외)」 진단 후 각 연도별 「암주요치료」 를 받은 경우	1차 연도	해당보장 보험가입금액의 100%	
	2차 연도	해당보장 보험가입금액의 120%	
	3차 연도	해당보장 보험가입금액의 140%	
	4차 연도	해당보장 보험가입금액의 160%	
	5차 연도	해당보장 보험가입금액의 180%	
	6차 연도 이후	해당보장 보험가입금액의 200%	

② 제1항에도 불구하고 8.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 통합암(유사암제외) 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 해당 암구분별 각각 연간 1회에 한하여 아

래의 금액을 통합암(유사암제외) 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)로 지급합니다.

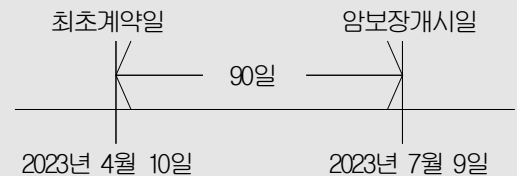
암 구 분		지급금액 (보험금 지급기간 동안 적용)
암구분별 「통합암(유사암 제외)」 진단 후 각 연도별 「암주요치료」 를 받은 경우	1차 연도	해당보장 보험가입금액의 100%
	2차 연도	해당보장 보험가입금액의 120%
	3차 연도	해당보장 보험가입금액의 140%
	4차 연도	해당보장 보험가입금액의 160%
	5차 연도	해당보장 보험가입금액의 180%
	6차 연도 이후	해당보장 보험가입금액의 200%

③ 제1항의 「암구분별 보험금 지급기간」이라 함은 암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 각 암구분별 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 해당 「암구분별 보험금 지급기간」으로 합니다.

④ 제1항 및 제2항의 「연간」이라 함은 암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암구분별 「통합암(유사암제외)의 진단해당일」(암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 암구분별 「통합암(유사암제외)의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 암구분별 「통합암(유사암제외)의 진단해당일」로 합니다.

⑤ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 8.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일(예시)】



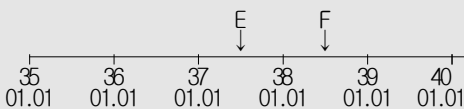
【통합암(유사암제외) 주요치료비(체증형)(연간회한, 10년간) [예시1(동일한 암구분으로 진단시)](가입금액 1,000만원 기준)】

- 최초계약일 : 2024년 7월 1일
 -C15(식도의 악성신생물)(10대특정암)
 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일
 -C33(기관의 악성 신생물)(10대특정암)
 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

A: 암수술(C15)
 B: 항암방사선치료(C15)
 C: 항암약물치료(C15)
 D: 항암약물치료(C33)
 E: 항암약물치료(C33)
 F: 암수술(C33)



암구분	진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
10대 특정암	1,000만원	-	1,400만원	1,600만원	1,800만원



암구분	진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
10대 특정암	-	-	2,000만원	2,000만원	-

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물)(10대특정암) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 10대특정암을 최초 진단받더라도 10대특정암 암구분의 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

【통합암(유사암제외) 주요치료비(체증형)(연간회한, 10년간) [예시2(상이한 암구분으로 진단시)](각각 가입금액 1,000만원 기준)】

- 최초계약일 : 2024년 7월 1일
 -C15(식도의 악성신생물)(10대특정암)
 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일
 -C32(후두의 악성신생물)(15대특정암)
 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

A: 암수술(C15)
 B: 항암방사선치료(C15)
 C: 항암약물치료(C15)
 D: 항암약물치료(C32)
 E: 항암약물치료(C32)
 F: 암수술(C32)



암구분	진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
10대 특정암	1,000만원	-	1,400만원	1,600만원	-
암구분	진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	
15대 특정암	-	1,200만원	-	1,600만원	



암구분	진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도	
10대 특정암	-	-	-	-	-	
암구분	진단후 5차 연도	진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
15대 특정암	-	-	2000만원	2000만원	-	2000만원

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물)(10대특정암) 최초 진단 이후 10대특정암 이외의 다른 암구분인 C32(후두의 악성신생물)(15대특정암)으로 최초 진단받은 경우 15대특정암 암구분의 보험금 지급기간은 15대특정암 최초 진단확정일인 2031년 1월 1일로부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조

(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단 확정 후 보험기간이 만료되더라도 「암구분별 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 동일한 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 해당 암구분별 하나의 통합암(유사암제외) 주요치료비(재증형)(연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

① 피보험자가 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특정암」, 「10대특정암」 또는 「4대고액암」으로 최초 진단확정을 받고 해당 「암구분별 보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 암구분별 각각에 대한 세부보장은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장

개시일 이후에 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 해당 암구분별 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[2종(보험료 납입면제 1형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 보통약관 제1절 일반조항 제29조의 1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정의한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 보통약관 제1절 일반조항 제29조의 1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

② 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

③ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(납입면제에 관한 세부규정)

① 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2

형)) 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 5.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애

지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입 면제 사유가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장애가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

7.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

- ① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

- ① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 해당 암구분별 세부보장과 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종속이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

- 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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

8.(보장의 갱신)

이 보장에 있어서 각 세부보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정을 받은 암구분별 세부보장의 경우에 해당 세부보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

9.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

⑥ 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(체증형) (연간1회한, 10년간)

1.(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」이내에 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 「보험금 지급기간」이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

구분	지급금액
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 1차 연도	해당보장 보험가입금액의 100%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 2차 연도	해당보장 보험가입금액의 120%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 3차 연도	해당보장 보험가입금액의 140%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 4차 연도	해당보장 보험가입금액의 160%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 5차 연도	해당보장 보험가입금액의 180%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 6차 연도 이후	해당보장 보험가입금액의 200%

② 제1항의 「보험금 지급기간」 이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」 이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」 (「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」로 합니다.

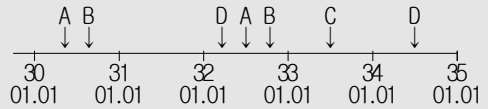
【기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(체증형)(연간 1회한, 10년간) [예시](가입금액 200만원 기준)】

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

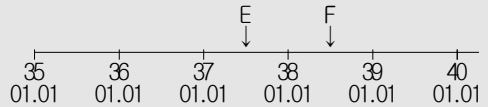
-C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일

-C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

A:기타피부암수술(C44)
B:항암방사선치료(C44)
C:항암약물치료(C44)
D:항암약물치료(C73)
E:항암약물치료(C73)
F:갑상선암수술(C73)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
200만원	-	280만원	320만원	360만원



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	400만원	400만원	-

*2030년 1월 1일 C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10

년간)만 지급합니다.

3.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[2종(보험료 납입면제 1형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 보통약관 제1절 일반조항 제29조의1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음

중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 보통약관 제1절 일반조항 제29조의1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정의한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

5.(납입면제에 관한 세부규정)

① 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일로부터 암보장개시일 전

일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

④ 제3항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 4.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으

로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해 지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입 면제 사유가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

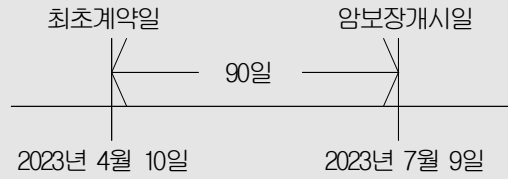
⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

⑬ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 7.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개

시일로 합니다.

【암보장개시일(예시)】



6.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

- ① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

- ① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

- 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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

7.(보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받은 경우에 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제4조(통합암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「통합암(유사암제외)」이라 함은 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특

정암」, 「10대특정암」, 「4대고액암」을 총칭합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어 「특정소액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「피부의 악성 흑색종, 유방의 악성 신생물, 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 전립선의 악성 신생물, 고환의 악성 신생물, 신우의 악성 신생물, 요관의 악성 신생물, 방광의 악성 신생물, 진성 적혈구증가증」으로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 특정소액암】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어 「특정소화기암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「위의 악성 신생물, 결장의 악성 신생물, 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 직장의 악성 신생물, 항문 및 항문관의 악성 신생물, 간 및 간내 담관의 악성 신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 특정소화기암】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어 「15대특정암」이라 함은 【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 15대특정암】에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「10대특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「식도의 악성 신생물, 소장의 악성 신생물, 기관의 악성 신생물, 흉선의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물 및 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 10대특정암 참조】)을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에 있어 「4대고액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「담낭의 악성 신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물, 췌장의 악성 신생물, 골 및 관절연골의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 4대고액암 참조】)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑩ 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑪ 제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제10항에 따른 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

제5조(암주요치료의 정의)

① 「암주요치료」라 함은 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말한다.

- ① 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ② 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬 제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및

미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-62. 갱신형 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 6개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- | |
|--|
| ① 상급종합병원,국립암센터 특정소액암 주요치료비(연간1회한, 10년간) |
| ② 상급종합병원,국립암센터 특정소화기암 주요치료비(연간1회한, 10년간) |
| ③ 상급종합병원,국립암센터 15대특정암 주요치료비(연간1회한, 10년간) |
| ④ 상급종합병원,국립암센터 10대특정암 주요치료비(연간1회한, 10년간) |
| ⑤ 상급종합병원,국립암센터 4대고액암 주요치료비(연간1회한, 10년간) |
| ⑥ 상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간) |

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- | |
|--|
| ① 상급종합병원,국립암센터 특정소액암 주요치료비(연간1회한, 10년간) |
| ② 상급종합병원,국립암센터 특정소화기암 주요치료비(연간1회한, 10년간) |
| ③ 상급종합병원,국립암센터 15대특정암 주요치료비(연간1회한, 10년간) |
| ④ 상급종합병원,국립암센터 10대특정암 주요치료비(연간1회한, 10년간) |
| ⑤ 상급종합병원,국립암센터 4대고액암 주요치료비(연간1회한, 10년간) |

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)】에서 정한 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암구분별 보험금 지급기간」 이내에 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원 또는 제9조(국립암센터의 정의)에서 정한 국립암센터(이하 「상급종합병원 또는 국립암센터」라 합니다)에서 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 해당 암구분별 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 상급종합병원,국립암센터 통합

암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)로 지급합니다. 다만, 동일한 암구분 내에서 최초 진단과 상이한 「통합암(유사암제외)」으로 「암구분별 보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다. 또한, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

암 구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정시	최초계약일부터 1년경과시점 이후 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정시
암구분별 「통합암(유사암제외)」 진단 후 「암구분별 보험금 지급기간」 동안 「암주요치료」를 받은 경우 (연간1회한, 10년간)	특정 소액암	해당보장 보험가입금액의 50%(보험금 지급기간 동안 적용)	해당보장 보험가입금액의 100%(보험금 지급기간 동안 적용)
	특정 소화기 암	해당보장 보험가입금액의 100%	
	15대 특정암	해당보장 보험가입금액의 100%	
	10대 특정암	해당보장 보험가입금액의 100%	
	4대 고액암	해당보장 보험가입금액의 100%	

② 제1항에도 불구하고 8.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 상급종합병원,국립암센터 통합암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간) 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 해당 암구분별 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 상급종합병원,국립암센터 통합암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)로 지급합니다.

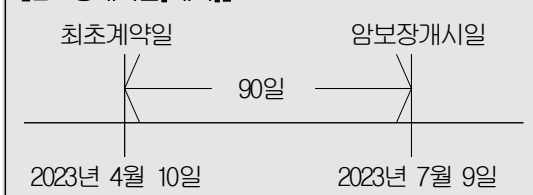
암 구 분	지급금액	
암구분별 「통합암(유사암제외)」 진단 후 「암구분별 보험금 지급기간」 동안 「암주요치료」 를 받은 경우 (연간회환, 10년간)	특정 소액암	해당보장 보험가입금액의 100%
	특정 소화기 암	해당보장 보험가입금액의 100%
	15대 특정암	해당보장 보험가입금액의 100%
	10대 특정암	해당보장 보험가입금액의 100%
	4대 고액암	해당보장 보험가입금액의 100%

㉓ 제1항의 「암구분별 보험금 지급기간」 이라 함은 암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 각 암구분별 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 해당 「암구분별 보험금 지급기간」으로 합니다.

㉔ 제1항 및 제2항의 「연간」 이라 함은 암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단확정일부 터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암구분 별 「통합암(유사암제외)의 진단해당일」 (암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 암구분별 「통합암(유사암제외)의 진단해당일」 이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 암구분별 「통합암(유사암제외)의 진단해당 일」로 합니다.

㉕ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 8.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



【상급종합병원,국립암센터 통합암(유사암제외) 주요치료비(연간1회환, 10년간)[예시1(동일한 암구분으로 진단시)](가입금액 1,000만원 기준)】

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

-C15(식도의 악성신생물)(10대특정암)

최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일

-C33(기관지의 악성 신생물)(10대특정암)

최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

[통합암(유사암제외) 진단 후 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발생한 암주요치료]

A: 암수술(C15)

B: 항암방사선치료(C15)

C: 항암약물치료(C15)

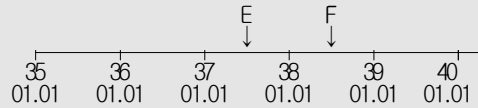
D: 항암약물치료(C33)

E: 항암약물치료(C33)

F: 암수술(C33)



암구분	진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
10대 특정암	1,000만원	-	1,000만원	1,000만원	1,000만원



암구분	진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
10대 특정암	-	-	1,000만원	1,000만원	-

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물)(10대특정암) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 10대특정암을 최초 진단받더라도 10대특정암 암구분의 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

【상급종합병원,국립암센터 통합암(유사암제외) 주요 치료비(연간1회한, 10년간) [예시2(상이한 암구분으로 진단시)](각각 가입금액 1,000만원 기준)】

- 최초계약일 : 2024년 7월 1일
 -C15(식도의 악성신생물)(10대특정암)
 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일
 -C32(후두의 악성신생물)(15대특정암)
 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

[통합암(유사암제외) 진단 후 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발생한 암주요치료]
 A: 암수술(C15)
 B: 항암방사선치료(C15)
 C: 항암약물치료(C15)
 D: 항암약물치료(C32)
 E: 항암약물치료(C32)
 F: 암수술(C32)



암구분	진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
10대 특정암	1,000만원	-	1,000만원	1,000만원	-
암구분	진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	
15대 특정암	-	1,000만원	-	1,000만원	



암구분	진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도	
10대 특정암	-	-	-	-	-	
암구분	진단후 5차 연도	진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
15대 특정암	-	-	1,000만원	1,000만원	-	1,000만원

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물)(10대특정암) 최초 진단 이후 10대특정암 이외의 다른 암구분인 C32(후두의 악성신생물)(15대특정암)으로 최초 진단받은 경우 15대특정암 암구분의 보험금 지급기간은 15대특정암 최초 진단확정일인 2031년 1월 1일로부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「암구분별 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 회사는 피보험자가 동일한 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 해당 암구분별 하나의 상급종합병원,국립암센터 통합암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

- 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- 보험료 납입이 연체된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

- 피보험자가 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특정암」, 「10대특정암」 또는 「4대고액암」으로 최초 진단확정을 받고 해당 「암구분별 보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 암구분별 각각에 대한 세부보장은 소멸됩니다.
- 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용

형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 해당 암구분별 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[2종(보험료 납입면제 1형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 보통약관 제1절 일반조항 제29조의 1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정의한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 보통약관 제1절 일반조항 제29조의 1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ③ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보

통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(납입면제에 관한 세부규정)

① 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 5.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나

또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상대가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

[8] 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

[9] 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직

무상 선박에 탑승하고 있는 동안

7.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

[1] 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

[3] 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

[4] 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

[1] 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1” 에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 해당 암구분별 세부보장과 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

8.(보장의 갱신)

이 보장에 있어서 각 세부보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정을 받은 세부보장의 경우에 해당 세부보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

9.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

⑥ 상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 되고 「보험금 지급기간」 이내에 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」(「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」로 합니다.

【상급종합병원, 국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간) [예시](가입금액 200만원 기준)】

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

-C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일

-C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

【기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발생한 암 주요치료】

A: 기타피부암수술(C44)

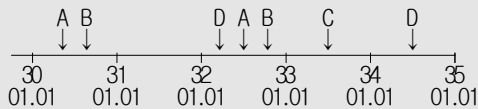
B: 항암방사선치료(C44)

C: 항암약물치료(C44)

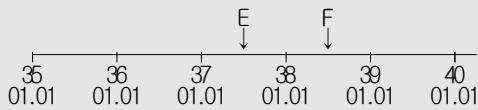
D: 항암약물치료(C73)

E: 항암약물치료(C73)

F: 갑상선암수술(C73)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
200만원	-	200만원	200만원	200만원



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	200만원	200만원	-

*2030년 1월 1일 C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「기타피부암」 및 「갑상선

암」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

3.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1종(보험료 납입면제 미적용형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

【2종(보험료 납입면제 1형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 보통약관 제1절 일반조항 제29조의1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 보통약관 제1절 일반조항 제29조의1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

5.(납입면제에 관한 세부규정)

① 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유

가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

④ 제3항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 4.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하

는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해 지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입 면제 사유가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

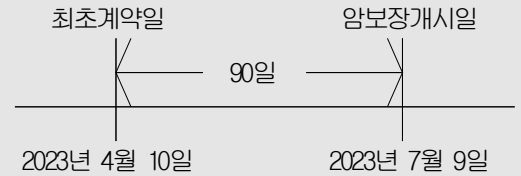
⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

⑬ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로

합니다. 다만, 7.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일(예시)】



6.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

- ① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

- ① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급을 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

7.(보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받은 경우에 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제4조(통합암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「통합암(유사암제외)」이라 함은 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특

정암」, 「10대특정암」, 「4대고액암」을 총칭합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어 「특정소액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「피부의 악성 흑색종, 유방의 악성 신생물, 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 전립선의 악성 신생물, 고환의 악성 신생물, 신우의 악성 신생물, 요관의 악성 신생물, 방광의 악성 신생물, 진성 적혈구증가증」으로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 특정소액암】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어 「특정소화기암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「위의 악성 신생물, 결장의 악성 신생물, 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 직장의 악성 신생물, 항문 및 항문관의 악성 신생물, 간 및 간내 담관의 악성 신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 특정소화기암】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어 「15대특정암」이라 함은 【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 15대특정암】에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「10대특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「식도의 악성 신생물, 소장의 악성 신생물, 기관의 악성 신생물, 흉선의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물 및 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 10대특정암 참조】)을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에 있어 「4대고액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「담낭의 악성 신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물, 췌장의 악성 신생물, 골 및 관절연골의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 4대고액암 참조】)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑩ 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인 검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑪ 제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제10항에 따른 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

제5조(암주요치료의 정의)

① 「암주요치료」라 함은 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말한다.

- ① 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ② 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료를 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬 제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

④ 제1항 또는 제3항의 「암주요치료」는 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(국립암센터의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말한다.

【암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)】

- ① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

【암관리법 제29조(부속기관의 설치)】

- ① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이

특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-63. 갱신형 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 6개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- | |
|---|
| ① 상급종합병원,국립암센터 특정소액암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) |
| ② 상급종합병원,국립암센터 특정소화기암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) |
| ③ 상급종합병원,국립암센터 15대특정암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) |
| ④ 상급종합병원,국립암센터 10대특정암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) |
| ⑤ 상급종합병원,국립암센터 4대고액암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) |
| ⑥ 상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) |

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- | |
|---|
| ① 상급종합병원,국립암센터 특정소액암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) |
| ② 상급종합병원,국립암센터 특정소화기암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) |
| ③ 상급종합병원,국립암센터 15대특정암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) |
| ④ 상급종합병원,국립암센터 10대특정암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) |
| ⑤ 상급종합병원,국립암센터 4대고액암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) |

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)】에서 정한 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암구분별 보험금 지급기간」 이내에 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원 또는 제9조(국립암센터의 정의)에서 정한 국립암센터(이하 「상급종합병원 또는 국립암센터」라 합니다)에서 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 해당 암구분별 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 상급종합병원,국립암센터 통합

암(유사암제외) 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)로 지급합니다. 다만, 동일한 암구분 내에서 최초 진단과 상이한 「통합암(유사암제외)」으로 「암구분별 보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다. 또한, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

암 구 분		지급금액 (보험금 지급기간 동안 적용)	
		최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 암구분별 「통합암(유사 암제외)」으로 진단확정시	최초계약일부터 1년경과시점 이후 암구분별 「통합암(유사 암제외)」으로 진단확정시
특정소액암 진단 후 각 연도별 「암주요치료」 를 받은 경우	1차 연도	해당보장 보험가입금액의 50%	해당보장 보험가입금액의 100%
	2차 연도	해당보장 보험가입금액의 60%	해당보장 보험가입금액의 120%
	3차 연도	해당보장 보험가입금액의 70%	해당보장 보험가입금액의 140%
	4차 연도	해당보장 보험가입금액의 80%	해당보장 보험가입금액의 160%
	5차 연도	해당보장 보험가입금액의 90%	해당보장 보험가입금액의 180%
	6차 연도 이후	해당보장 보험가입금액의 100%	해당보장 보험가입금액의 200%
특정소액암 이외의 암구분별 「통합암(유사암 제외)」 진단 후 각 연도별 「암주요치료」 를 받은 경우	1차 연도	해당보장 보험가입금액의 100%	
	2차 연도	해당보장 보험가입금액의 120%	
	3차 연도	해당보장 보험가입금액의 140%	
	4차 연도	해당보장 보험가입금액의 160%	
	5차 연도	해당보장 보험가입금액의 180%	
	6차 연도 이후	해당보장 보험가입금액의 200%	

② 제1항에도 불구하고 8.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 상급종합병원, 국립암센터 통합암(유사암제외) 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 해당 암구분별 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 상급종합병원, 국립암센터 통합암(유사암제외) 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)로 지급합니다.

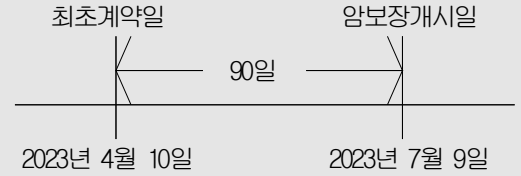
암 구 분	지급금액 (보험금 지급기간 동안 적용)
1차 연도	해당보장 보험가입금액의 100%
2차 연도	해당보장 보험가입금액의 120%
3차 연도	해당보장 보험가입금액의 140%
4차 연도	해당보장 보험가입금액의 160%
5차 연도	해당보장 보험가입금액의 180%
6차 연도 이후	해당보장 보험가입금액의 200%

③ 제1항의 「암구분별 보험금 지급기간」이라 함은 암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 각 암구분별 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 해당 「암구분별 보험금 지급기간」으로 합니다.

④ 제1항 및 제2항의 「연간」이라 함은 암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단확정일부 터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암구분 별 「통합암(유사암제외)의 진단해당일」(암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 암구분별 「통합암(유사암제외)의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 암구분별 「통합암(유사암제외)의 진단해당일」로 합니다.

⑤ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 8.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



【상급종합병원, 국립암센터 통합암(유사암제외) 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)[예시1(동일한 암구분으로 진단시)](가입금액 1,000만원 기준)】

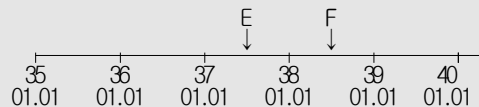
-최초계약일 : 2024년 7월 1일
-C15(식도의 악성신생물)(10대특정암)
최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일
-C33(기관의 악성 신생물)(10대특정암)
최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

[통합암(유사암제외) 진단 후 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발생한 암주요치료]

A: 암수술(C15)
B: 항암방사선치료(C15)
C: 항암약물치료(C15)
D: 항암약물치료(C33)
E: 항암약물치료(C33)
F: 암수술(C33)



암구분	진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
10대 특정암	1,000만원	-	1,400만원	1,600만원	1,800만원



암구분	진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
10대 특정암	-	-	2,000만원	2,000만원	-

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물)(10대특정암) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 10대특정암을 최초 진단받더라도 10대특정암 암구분의 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

【상급종합병원, 국립암센터 통합암(유사암제외) 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) [예시2(상이한 암구분으로 진단시)](각각 가입금액 1,000만원 기준)】

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

-C15(식도의 악성신생물)(10대특정암)

최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일

-C32(후두의 악성신생물)(15대특정암)

최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

【통합암(유사암제외) 진단 후 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발생한 암주요치료】

A: 암수술(C15)

B: 항암방사선치료(C15)

C: 항암약물치료(C15)

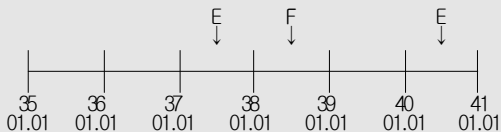
D: 항암약물치료(C32)

E: 항암약물치료(C32)

F: 암수술(C32)



암구분	진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
10대 특정암	1,000만원	-	1,400만원	1,600만원	-
암구분	진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	
15대 특정암	-	-	1,200만원	-	1,600만원



암구분	진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도	
10대 특정암	-	-	-	-	-	
암구분	진단후 5차 연도	진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
15대 특정암	-	-	2,000만원	2,000만원	-	2,000만원

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물)(10대특정암) 최초 진단 이후 10대특정암 이외의 다른 암구분인 C32(후두의 악성신생물)(15대특정암)으로 최초 진단받은 경우 15대특정암 암구분의 보험금 지급기간은 15대특정암 최초 진단확정일인 2031년 1월 1일로부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험

수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암구분별 「통합암(유사암제외)」 각각의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「암구분별 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 동일한 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 해당 암구분별 하나의 상급종합병원, 국립암센터 통합암(유사암제외) 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

① 피보험자가 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특정암」, 「10대특정암」 또는 「4대고액암」으로 최초 진단확정을 받고 해당 「암구분별 보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 암구분별 각각에 대한 세부보장은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)]

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 해당 암구분별 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[2종(보험료 납입면제 1형)]

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 보통약관 제1절 일반조항 제29조의1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정의한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.
- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 보통약관 제1절 일반조항 제29조의1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
 - ② 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - ③ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(납입면제에 관한 세부규정)

- ① 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 5.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지

의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해 지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입 면제 사유가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제2호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

7.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2

형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

- ① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

- ① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 해당 암구분별 세부보장과 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

- 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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

8.(보장의 갱신)

이 보장에 있어서 각 세부보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 암구분별 「통합암(유사암 제외)」으로 진단확정을 받은 세부보장의 경우에 해당 세부보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

9.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

⑥ 상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 되고 「보험금 지급기간」 이내에 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 제5조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)으로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

구분	지급금액
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 1차 연도	해당보장 보험가입금액의 100%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 2차 연도	해당보장 보험가입금액의 120%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 3차 연도	해당보장 보험가입금액의 140%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 4차 연도	해당보장 보험가입금액의 160%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 5차 연도	해당보장 보험가입금액의 180%
기타피부암 또는 갑상선암 진단후 6차 연도 이후	해당보장 보험가입금액의 200%

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」(「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일」로 합니다.

**【상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암
주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간) [예시]
(가입금액 200만원 기준)】**

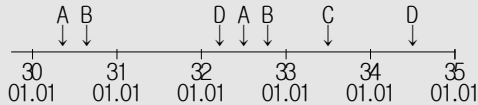
-최초계약일 : 2024년 7월 1일

-C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2030년 1월 1일

-C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2031년 1월 1일

[기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「상급
종합병원 또는 국립암센터」에서 발생한
암 주요치료]

A: 기타피부암수술(C44)
B: 항암방사선치료(C44)
C: 항암약물치료(C44)
D: 항암약물치료(C73)
E: 항암약물치료(C73)
F: 갑상선암수술(C73)



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
200만원	-	280만원	320만원	360만원



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	400만원	400만원	-

*2030년 1월 1일 C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「기타피부암」 및 「갑상선

암」으로 「암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

3.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1종(보험료 납입면제 미적용형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

【2종(보험료 납입면제 1형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 보통약관 제1절 일반조항 제29조의1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 보통약관 제1절 일반조항 제29조의1(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

5.(납입면제에 관한 세부규정)

① 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유

가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 4.(보험료의 납입면제) [2종(보험료 납입면제 1형)], [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

④ 제3항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 4.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하

는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해 지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입 면제 사유가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

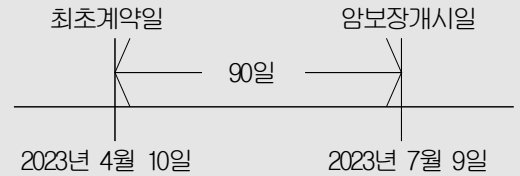
⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

⑬ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로

합니다. 다만, 7.(보장의 갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일(예시)】



6.(보장의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

- ① 이 보장에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

- ① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급을 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

7.(보장의 갱신)

이 보장의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중에 1.(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받은 경우에 이 보장은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제4조(통합암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「통합암(유사암제외)」이라 함은 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특

정암」, 「10대특정암」, 「4대고액암」을 총칭합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어 「특정소액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「피부의 악성 흑색종, 유방의 악성 신생물, 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 전립선의 악성 신생물, 고환의 악성 신생물, 신우의 악성 신생물, 요관의 악성 신생물, 방광의 악성 신생물, 진성 적혈구증가증」으로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 특정소액암】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어 「특정소화기암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「위의 악성 신생물, 결장의 악성 신생물, 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 직장의 악성 신생물, 항문 및 항문관의 악성 신생물, 간 및 간내 담관의 악성 신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 특정소화기암】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어 「15대특정암」이라 함은 【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 15대특정암】에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「10대특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「식도의 악성 신생물, 소장의 악성 신생물, 기관의 악성 신생물, 흉선의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물 및 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 10대특정암 참조】)을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에 있어 「4대고액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「담낭의 악성 신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물, 췌장의 악성 신생물, 골 및 관절연골의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 4대고액암 참조】)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑩ 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑪ 제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제10항에 따른 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

제5조(암주요치료의 정의)

① 「암주요치료」라 함은 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말한다.

- ① 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ② 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료를 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬 제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

④ 제1항 또는 제3항의 「암주요치료」는 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「통합암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(국립암센터의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말한다.

【암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)】

- ① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

【암관리법 제29조(부속기관의 설치)】

- ① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「상급종합병원 또는 국립암센터」에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이

특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-64. 갱신형 비급여 암 주요치료비(전액본인부담 포함, 연간회환, 10년간)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

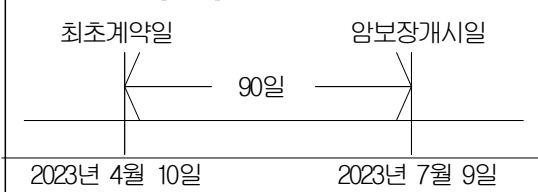
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 제5조(비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료의 정의)에서 정한 「비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 비급여 암주요치료비(전액본인부담 포함, 연간회환, 10년간)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「암」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료」를 받은 경우도 포함합니다.

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「암의 진단해당일」(「암」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「암의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「암의 진단해당일」로 합니다.

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 제13조(특별약관의 갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일(예시)】



【비급여 암 주요치료비(전액본인부담 포함, 연간회환, 10년간) [예시](가입금액 1,000만원 기준)】

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

-C16(위의 악성신생물) 최초 진단확정일

: 2030년 1월 1일

-C34(기관지 및 폐의 악성신생물) 최초 진단확정일

: 2037년 1월 1일

【암 진단 후 발생한 암주요치료】

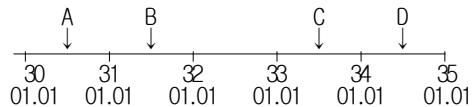
A: 암수술(C16)[비급여]

B: 항암방사선치료(C16)[급여(전액본인부담 제외)]

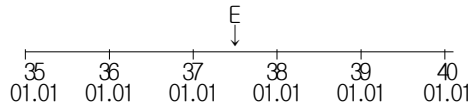
C: 항암방사선치료(C16)[급여(전액본인부담)]

D: 항암약물치료(C16)[급여(전액본인부담 제외)]

E: 항암약물치료(C34)[비급여]



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
1,000만 원	미지급	-	1,000만 원	미지급



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	1,000만 원	-	-

*2030년 1월 1일 C16(위의 악성신생물) 최초 진단 이후 C16(위의 악성신생물) 이외의 암을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정되거나 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최

초 진단확정 된 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「암」으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 비급여 암주요치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

제3조(암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 단, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피

보험자가 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제5항에 따른 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

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

① 「암주요치료」라 함은 「암」의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

- ① 「암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ② 「암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 「암」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되

지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료」라 함은 제4조(암주요치료의 정의)에서 정한 「암주요치료」 중 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하고, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호에 해당하는 사항을 말합니다.

- ① 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 수술」을 받은 경우
- ② 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 제1항의 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

③ 제1항의 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

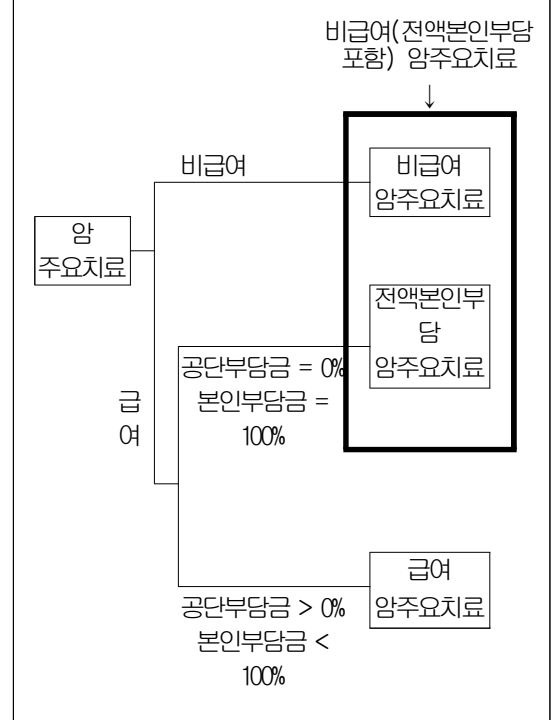
④ 제1항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 수술」은 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을

억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료」는 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 「비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료」에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑥ 제1항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료」는 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

【암주요치료의 급여 및 비급여 분류】



제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를

잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 채액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에도 피보험자가 최초계약

일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제9조(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1종(보험료 납입면제 미적용형)], 【2종(보험료 납입면제 1형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

【3종(보험료 납입면제 2형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상

에 해당하는 장애상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제10조(납입면제에 관한 세부규정)

① 제9조(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제9조(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별

판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 제9조(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 제9조(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경

기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)

- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제11조(특별약관의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1형(해약환급금 지급형)]

- ① 이 특별약관에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

[2형(해약환급금미지급형)]

- ① 이 특별약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1”에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급을 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 중목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

- 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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제12조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 피보험자가 암보장개시일 이후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(특별약관의 갱신)

이 특별약관의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받은 경우에 이 특별약관은 갱신되지 않습니다.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제15조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수 기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-65. 갱신행 비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

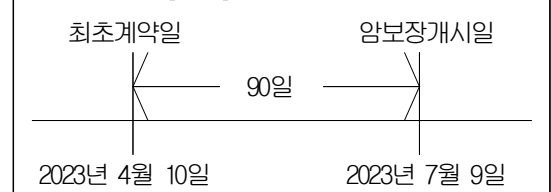
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 제4조(비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료의 정의)에서 정한 「비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 「암」으로 「보험금 지급기간」 이내에 「비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료」를 받은 경우도 포함합니다.

② 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차 연도에 「비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「암의 진단해당일」(「암」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「암의 진단해당일」이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 「암의 진단해당일」로 합니다.

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 제11조(특별약관의 갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일(예시)】



【비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간 1회한, 10년간) [예시](가입금액 1,000만원 기준)】

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

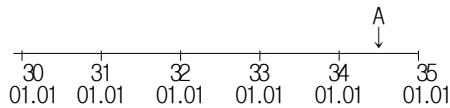
-C16(위의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2030년 1월 1일

-C34(기관지 및 폐의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2037년 1월 1일

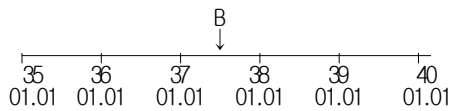
[암 진단 후 발생한 항암약물치료]

A: 항암약물치료(C16)[급여(전액본인부담 제외)]

B: 항암약물치료(C34)[비급여]



진단후 1차 연도	진단후 2차 연도	진단후 3차 연도	진단후 4차 연도	진단후 5차 연도
-	-	-	-	미지급



진단후 6차 연도	진단후 7차 연도	진단후 8차 연도	진단후 9차 연도	진단후 10차 연도
-	-	1,000만 원	-	-

*2030년 1월 1일 C16(위의 악성신생물) 최초 진단 이후 C16(위의 악성신생물) 이외의 암을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정 되거나 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정 된 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「암」으로 「비급여(전액본인

부담 포함) 항암약물치료」를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

제3조(암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 단, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제5항에 따른 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

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하고, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 암의 직접적인 치료를 목적으로 비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

③ 제1항의 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서

정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 제1항의 「비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료」는 「항암약물치료」로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

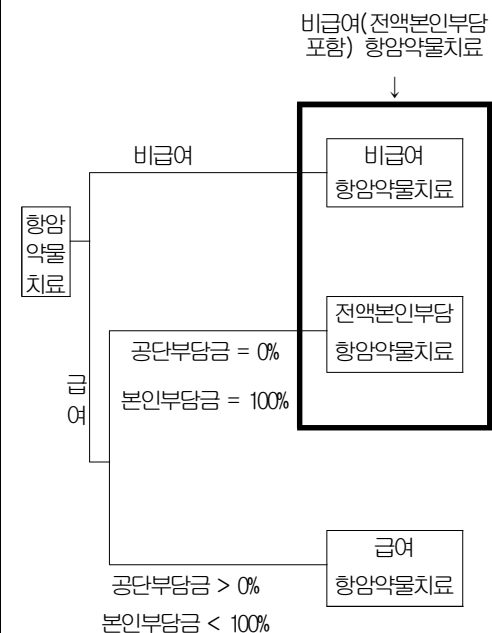
⑤ 「비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료」에는 다음 각호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【항암약물치료의 급여 및 비급여 분류】



제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제 1형), 3종(보험료 납입면제 2형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)], [2종(보험료 납입면제 1형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[3종(보험료 납입면제 2형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제8조(납입면제에 관한 세부규정)

① 제7조(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제7조(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의

중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

[5] 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

[6] 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

[7] 이미 이 특별약관에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

[8] 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 제7조(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호 및 제4호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자요로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

[9] 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 제7조(보험료의 납입면제) [3종(보험료 납입면제 2형)] 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제9조(특별약관의 해약환급금)

회사는 다음에 정한 1형(해약환급금 지급형) 및 2형(해약환급금미지급형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(해약환급금 지급형)】

- [1] 이 특별약관에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- [3] 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- [4] 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2형(해약환급금미지급형)】

- [1] 이 특별약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 2형(해약환급금미지급형)은 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1” 에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” 에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1” 에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 2형(해약환급금미지급형) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제35조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 암보장개시일 이후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습

니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(특별약관의 갱신)

이 특별약관의 갱신은 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받은 경우에 이 특별약관은 갱신되지 않습니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제13조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수 기재) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-66. 갱신형 특정항암부작용약제치료비 (급여, 연간1회한)보장 특별약관

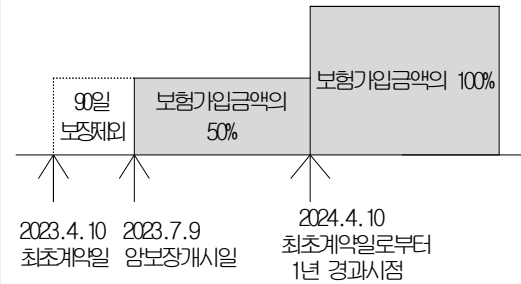
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 목적으로 제4조(특정암합병증및항암부작용약제(급여) 및 특정항구토제(급여)의 정의)에서 정한 「특정암합병증및항암부작용약제(급여)」 또는 「특정항구토제(급여)」를 투약처방 받은 경우에는 보험수익자에게 투약처방 구분에 따라 아래의 금액을 각각 연간 1회에 한하여 특정항암부작용약제치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

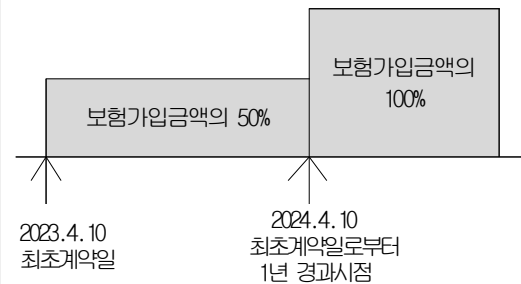
투약처방 구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
특정암합병증및항 암부작용약제 투약처방시 (급여, 연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
특정항구토제 투약처방시 (급여, 연간1회한)	보험가입금액의 1.5%	보험가입금액의 3%

【특정항암부작용약제치료비[예시]】

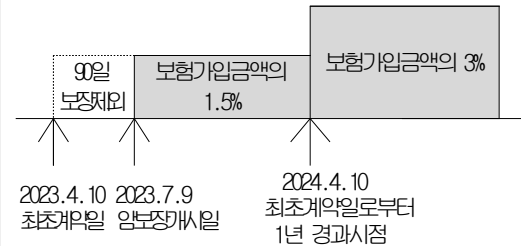
① 특정암합병증및항암부작용약제 투약처방 시(급여, 연간1회한) <「암(유사암제외)」>



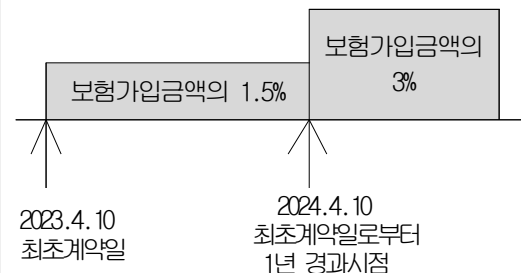
<「기타피부암」 또는 「갑상선암」>



② 특정항구토제 투약처방시(급여, 연간1회한) <「암(유사암제외)」>



<「기타피부암」 또는 「갑상선암」>

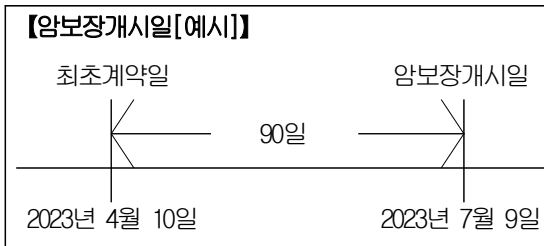


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 특정항암부작용약제치료비 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 투약처방 구분에 따라 아래의 금액을 각각 연간 1회에 한하여 특정항암부작용약제치료비로 지급합니다.

투약처방 구분	지급금액
특정암합병증및항암부작용약제 투약처방시 (급여, 연간1회한)	보험가입금액의 100%
특정항구도제 투약처방시 (급여, 연간1회한)	보험가입금액의 3%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약 일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「특정암 합병증및항암부작용약제(급여)」를 투약처방 받은 경우에도 약제의 종류 및 횟수와 관계없이 1회의 특정항암부작용약제치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「특정항구도제(급여)」를 투약처방 받은 경우에도 약제의 종류 및 횟수와 관계없이 1회의 특정항암부작용약제치료비만 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상

태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특정암합병증및항암부작용약제(급여) 및 특정항구토제(급여)의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「특정암합병증및항암부작용약제(급여)」라 함은 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 목록에 해당하며 【별표43(특정암합병증및항암부작용약제(급여) 분류표)】에 해당하는 약제를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「특정항구토제(급여)」라 함은 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 목록에 해당하며 【별표42(특정항구토제(급여) 분류표)】에 해당하는 약제를 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 「특정암합병증및항암부작용약제(급여)」 및 「특정항구토제(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
- ④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 과 심사지침」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「특정암합병증및항암부작용약제(급여)」 및 「특정항구토제(급여)」에 준하여 「특정암합병증및항암부작용약제(급여)」 및 「특정항구토제(급여)」를 결정합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정암합병증및항암부작용약제(급여)」 및 「특정항구토제(급여)」 처방 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 과 심사지침」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여 상대가

치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 과 심사지침」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정암합병증및항암부작용약제(급여)」 및 「특정항구토제(급여)」 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서(상병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 요양급여비용명세서, 진료비세부내역서(상병명, 약제명, 약제주성분명), 의사처방전(처방조제비) 등
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그

때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-67. 갱신형 보험료납입지원(유사암진단)(3종)보장 특별약관

* 이 특별약관은 3종(보험료 납입면제 2형) 가입시에 한하여 가입가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 보험료납입지원금으로 확정지급합니다. 다만, 보험료납입지원금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 최초지급사유 1회에 한하여 지급)	보험가입금액을 매월 보험료납입지원금 지급기간동안 확정지급

【보험료납입지원금 지급 예시】

가입금액 : 10만원

보험기간 : 20년

보험금 지급사유 발생시 경과기간 : 3년 6개월

→ 보험료납입지원금 지급기간 : 16년 6개월

총지급금액	지급기준	가입금액	1회 지급액
1,980만원	보험가입금액 × 198회 ^{주)}	10만원	10만원

주) 198회 = 16년 6개월(16년 × 12회 + 6회)

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2023년 1월 31일

→ 보험금 지급일 : 2023년 2월 28일

② 제1항의 보험료납입지원금 지급기간이라 함은 보험금 지급사유 발생일부터 만기일 이전까지의 기간을 말하며, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시 지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

④ 보통약관 제1절 일반조항 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 이 특별약관의 보험수익자는 계약자로 합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사

망하고 그 후에 유사암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 보험료납입지원금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제4항에 따라 이 특별약관의 계약자 적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험료 납입지원금에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험 수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따라 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 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 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입지원금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항 이외에도 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 제2항에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 단, 납입면제에 관한 세부규정은 보통약관 제1절 일반조항 제29조(납입면제에 관한 세부규정)를 준용합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제), 제29조(납입면제에 관한 세부규정) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

2-68. 갱신형 향암중입자방사선치료비보장 특별약관

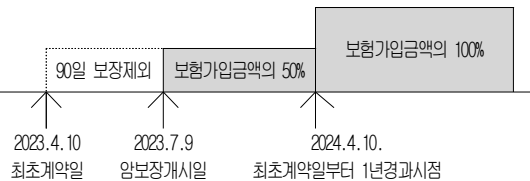
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(향암중입자방사선치료의 정의)에서 정한 향암중입자방사선치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 향암중입자방사선치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

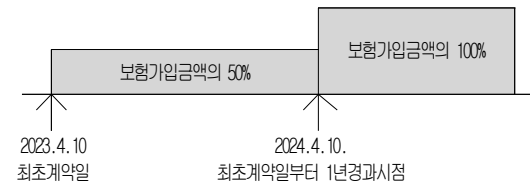
구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
향암중입자방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【향암중입자방사선치료비[예시]】

< 「암(유사암제외)」으로 향암중입자방사선치료를 받은 경우 >



< 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 향암중입자방사선치료를 받은 경우 >

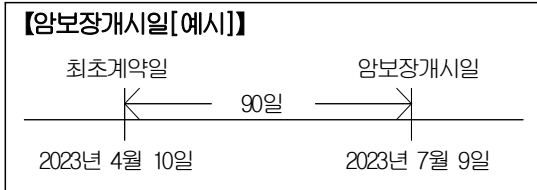


② 제1항의 「향암중입자방사선치료를 받은 경우」라 함은 최초치료일자를 기준으로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 향암중입자방사선치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
항암중입자방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암중입자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암중입자방사선치료」라 함은 「항암방사선치료」중, 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관

에서 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 「항암방사선치료」를 말하며, 「항암양성자방사선치료」는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하는 「항암방사선치료」를 말합니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선 종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초

약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암중입자 방사선치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-69. 갱신형 암 통합치료비 (비급여(전액본인부담 포함))보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함))(이하 「암 통합치료비」라 합니다)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

<보험가입금액 2,000만원>

통합치료항목	지급 횟수	지급금액	
		최초계약 일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약 일 부터 1년 경과시점 이후
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회 한	250만원	500만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회 한	50만원	100만원
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회 한	500만원	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회 한	500만원	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회 한	500만원	1,000만원

<보험가입금액 5,000만원>

통합치료항목	지급 횟수	지급금액	
		최초계약 일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약 일 부터 1년 경과시점 이후
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회 한	375만원	750만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회 한	75만원	150만원
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회 한	1,000만원	2,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회 한	1,000만원	2,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회 한	1,000만원	2,000만원

<보험가입금액 8,000만원>

통합치료항목	지급 횟수	지급금액	
		최초계약 일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약 일 부터 1년 경과시점 이후
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회 한	500만원	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회 한	100만원	200만원
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회 한	1,500만원	3,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회 한	1,500만원	3,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회 한	1,500만원	3,000만원

② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암 통합치료비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 아래

의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비로 지급합니다.

<보험가입금액 2,000만원>

통합치료항목	지급횟수	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	500만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	100만원
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,000만원

<보험가입금액 5,000만원>

통합치료항목	지급횟수	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	750만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	150만원
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	2,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	2,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	2,000만원

<보험가입금액 8,000만원>

통합치료항목	지급횟수	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	200만원
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	3,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	3,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	3,000만원

[3] 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」 이란 아래의 질병을 말합니다.

통합치료항목	대상질병
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	암(특정암제외)
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	특정암
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	

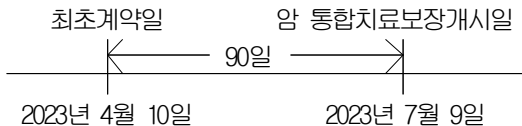
[4] 제1항의 암 통합치료비 연간 총 지급액은 아래의 금액을 한도로 합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」 이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	연간 총 지급액 한도	
	최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
「암 통합치료」를 받은 경우	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

[5] 제4항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암 통합치료비 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 합니다.

[6] 이 특별약관에서 「암 통합치료보장개시일」 이라 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암 통합치료보장개시일로 합니다.

【암 통합치료보장개시일[예시]】



[7] 제1항부터 제2항, 제4항 및 제5항의 「연간」 이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

[1] 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」

술」을 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」을 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

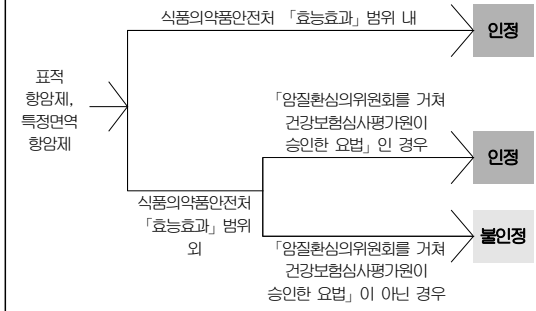
③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑥ 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」로 인한 암 통합치료비는 각각 표적항암제 또는 특정면역항암제를 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.

【표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

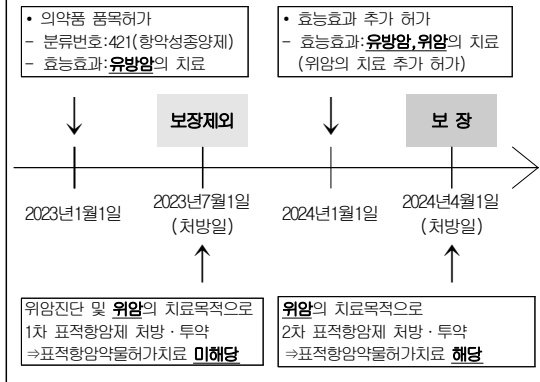


⑦ 제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암

약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「표적항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제8조(표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

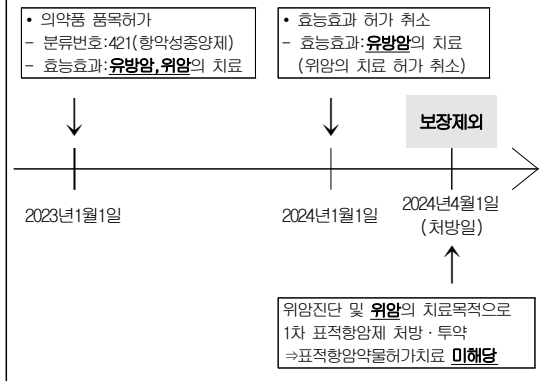
【안전성과 유효성 인정범위 변경(추가)[예시】

：의약품의 효능효과 추가 허가



【안전성과 유효성 인정범위 변경(삭제)[예시】

：의약품의 효능효과 허가 취소



⑧ 제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「특정면역항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제9조(특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자

의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 암(유사암제외), 암(특정암제외), 특정암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 단, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「암(특정암제외)」 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C73(갑상선의 악성신생물) 및 O61(전립선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 「특정암」 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물) 및 O61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「기타피부암」 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 「암」, 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「특정암」, 「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 하며, 이 경우 「암」, 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암」, 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료」라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료

- ① 「암(특정암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」을 받은 경우
- ② 「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」을 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우
- ④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우
- ⑤ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우

② 제1항의 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다) 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

③ 제1항의 전액본인부담이라 함은 요양급여 또는 의료급여 비용 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 제1항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」은 제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 「암(특정암제외) 다빈치로봇수술」 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」은 제7조(다빈치로봇 암수술

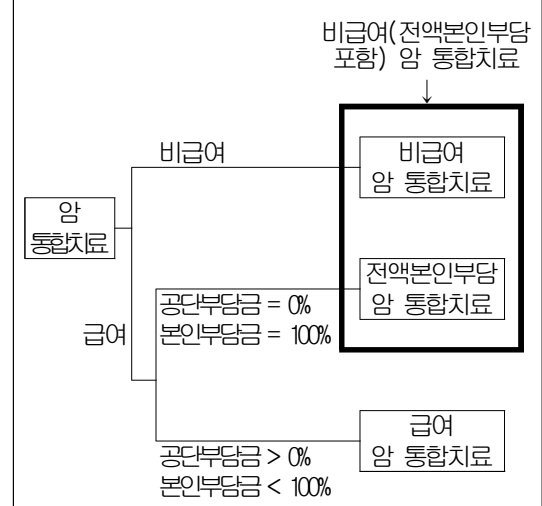
의 정의)에서 정한 「특정암 다빈치로봇수술」 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」는 제8조(표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「표적항암약물허가치료」 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑦ 제1항 제4호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제9조(특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「특정면역항암약물허가치료」 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑧ 제1항 제5호의 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」는 제10조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

【암 통합치료의 급여 및 비급여 분류】



제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기

술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

제6조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(특정암제외) 다빈치로봇수술」이란 「암(특정암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「특정암 다빈치로봇수술」이란 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로

봇 암수술」을 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「다빈치로봇 암수술」이란 「암(특정암제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 의료행위 수가코드에 해당하는 「수술」 중 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

대 상 항 목	의료행위 수가코드
로봇 보조 수술	QZ966

【다빈치로봇 암수술】

다빈치로봇 암수술이란 「암(특정암제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

④ 제3항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술 기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 암수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「다빈치로봇 암수술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제8조(표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 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 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
 - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제9조(특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 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 항체약물융합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
- ③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)】

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 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 백터를 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, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표45(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심사위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제10조(항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

② 전자기파를 이용한 「X선치료」, 「감마선치료」, 「중입자치료」 등은 「항암양성자방사선치료」에 해당되지 않습니다.

제11조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

1. 비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술의 경우 : 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 포함

2. 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시

수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료의 경우 표적항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료의 경우 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ⑤ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제12조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암 통합치료보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암 통합치료보장개시일을 적용합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-70. 갱신형 암
**통합치료비(비급여(전액본인부담 포함),
 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장
 특별약관**

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))(이하 「암 통합치료비」라 합니다)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

<보험가입금액 2,000만원>

통합치료항목	지급 횟수	지급금액	
		최초계약 일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약 일 부터 1년 경과시점 이후
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회 한	250만원	500만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회 한	50만원	100만원
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회 한	500만원	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회 한	500만원	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회 한	500만원	1,000만원

<보험가입금액 5,000만원>

통합치료항목	지급 횟수	지급금액	
		최초계약 일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약 일 부터 1년 경과시점 이후
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회 한	375만원	750만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회 한	75만원	150만원
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회 한	1,000만원	2,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회 한	1,000만원	2,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회 한	1,000만원	2,000만원

<보험가입금액 8,000만원>

통합치료항목	지급 횟수	지급금액	
		최초계약 일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약 일 부터 1년 경과시점 이후
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회 한	500만원	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회 한	100만원	200만원
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회 한	1,500만원	3,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회 한	1,500만원	3,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회 한	1,500만원	3,000만원

② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암 통합치료비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비로 지

급합니다.

<보험가입금액 2,000만원>

통합치료항목	지급횟수	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	500만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	100만원
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,000만원

<보험가입금액 5,000만원>

통합치료항목	지급횟수	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	750만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	150만원
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	2,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	2,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	2,000만원

<보험가입금액 8,000만원>

통합치료항목	지급횟수	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	200만원
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	3,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	3,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	3,000만원

[3] 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」 이란 아래의 질병을 말합니다.

통합치료항목	대상질병

통합치료항목		대상질병
비급여(전액본인부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	암(특정암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	특정암
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	

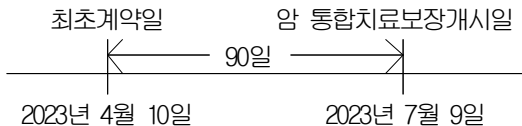
[4] 제1항의 암 통합치료비 연간 총 지급액은 아래의 금액을 한도로 합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」 이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	연간 총 지급액 한도	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
「암 통합치료」를 받은 경우	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

[5] 제4항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암 통합치료비의 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 합니다.

[6] 이 특별약관에서 「암 통합치료보장개시일」 이라 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암 통합치료보장개시일로 합니다.

【암 통합치료보장개시일[예시]】



[7] 제1항부터 제2항, 제4항 및 제5항의 「연간」 이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

[1] 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」을 받

은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」을 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

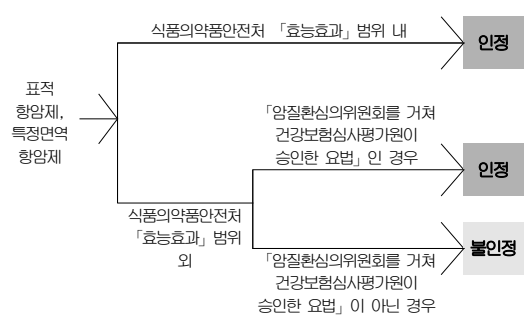
③ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑥ 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」로 인한 암 통합치료비는 각각 표적항암제 또는 특정면역항암제를 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.

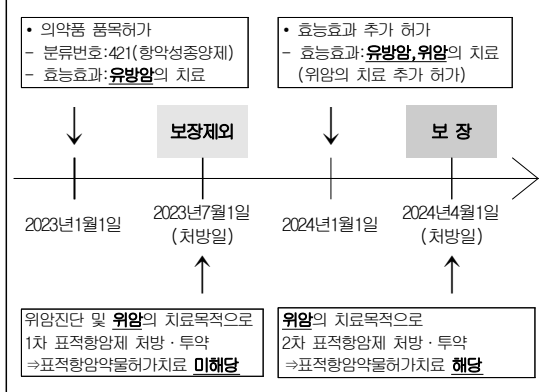
【표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

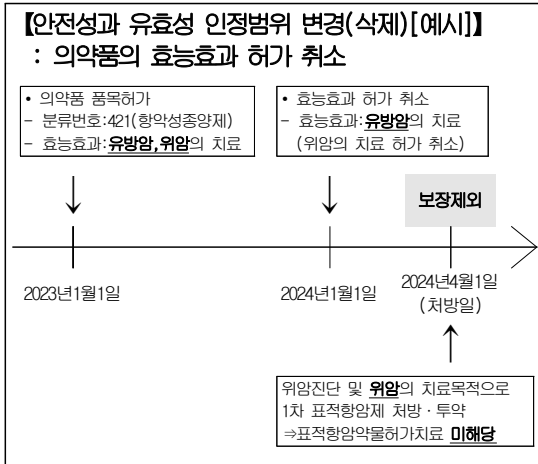


⑦ 제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「표적항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제8조(표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【안전성과 유효성 인정범위 변경(추가)[예시]】

：의약품의 효능효과 추가 허가





⑧ 제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「특정면역항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제9조(특정면역항암약물허가치료를 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 암(유사암제외), 암(특정암제외), 특정암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 단, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

다.

③ 이 특별약관에서 「암(특정암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 「암」, 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정은 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 하며, 이 경우 「암」, 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암」, 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료」라 함은 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술
비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료

- ① 「암(특정암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」을 받

은 경우

- ② 「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」을 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우
- ④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우
- ⑤ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우

② 제1항의 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다) 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

③ 제1항의 전액본인부담이라 함은 요양급여 또는 의료급여 비용 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 제1항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」은 제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 「암(특정암제외) 다빈치로봇수술」 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

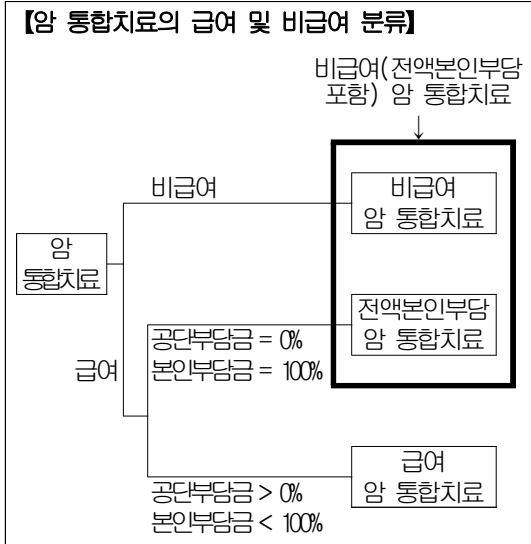
⑤ 제1항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」은 제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 「특정암 다빈치로봇수술」 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」는 제8조(표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「표적항암약물허가치료」 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑦ 제1항 제4호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제9조(특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「특정면역항암약물허가치료」 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑧ 제1항 제5호의 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」는 제10조(항암양성자방사선

치료의 정의)에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.



제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
- ⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

제6조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(특정암제외) 다빈치로봇수술」이란 「암(특정암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「특정암 다빈치로봇수술」이란 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「다빈치로봇 암수술」이란 「암(특정암제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 의료행위 수가코드에 해당하는 「수술」 중 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

대 상 항 목	의료행위 수가코드
로봇 보조 수술	QZ966

【다빈치로봇 암수술】

다빈치로봇 암수술이란 「암(특정암제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.

(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기 기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

④ 제3항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술 기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 암수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「다빈치로봇 암수술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제8조(표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 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 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
 - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에

관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제9조(특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항암성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항암성종양제」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 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)】

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 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 백터를 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, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표45(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다.)으로 사용된 경우

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제10조(항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

② 전자기파를 이용한 'X선치료', '감마선치료', '중입자치료' 등은 「항암양성자방사선치료」에 해당되지 않습니다.

제11조(암중점치료기관(상급종합병원 포함)의 정의)

① 이 특별약관에서 암중점치료기관(상급종합병원 포함)은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「지역암센터」 및 「원자력병원」을 총칭합니다. 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료 과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가 업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

③ 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

【암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)】

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

【암관리법 제29조(부속기관의 설치)】

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

④ 「지역암센터」라 함은 암관리법 제19조(지역암

센터의 지정 등)에 따라 지역암센터로 지정된 병원을 말합니다.

【암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)】

① 보건복지부장관은 「의료법」 제8조제2항제3호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시·도별 지역암센터로 지정할 수 있다.

【지역암센터 지정 현황】

2024.04 기준 15개 시도 13개 지역암센터

지역암센터(병원)			
전북	전북대학교병원	강원	강원대학교병원
전남	화순전남대학교병원	충북	충북대학교병원
경남	경상국립대학교병원	제주	제주대학교병원
부산	부산대학교병원	인천	가천대학교길병원
대전	충남대학교병원	경기	아주대학교병원
대구	칠곡경북대학교병원	울산	울산대학교병원
경북		충남	단국대학교병원

⑤ 「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)에서 정한 한국원자력의학원 원자력병원 및 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)에 따라 정한 동남권원자력의학원 원자력병원을 말합니다.

【방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)】

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 “의학원”이라 한다)을 설립한다.

【방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)】

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

【한국원자력의학원 정관 제3조(소재지)】

의학원은 주된 사무소를 서울특별시에 두고 필요한 곳에 분원, 부설기관, 연락사무소 등을 둘 수 있다.

【한국원자력의학원 정관 제32조의2(동남권원자력의학원)】

① 「방사선이용법」 제13조의3 및 정관 제3조에 의한 의학원의 분원으로 부산광역시 기장군에 동남권원자력의학원(이하 “동남권의학원”이라 한다)을 둔다.

제12조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 1. 비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제 외) 다빈치로봇수술 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술의 경우 : 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 포함
 2. 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI 코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI 코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요조건을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료의 경우 표적항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉠진단명
 - ㉠투약한 약제의 제품명
 - ㉠식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉠식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉡입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료의 경우 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료확인서(회사양식)

(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

- ㉠진단명
 - ㉠투약한 약제의 제품명
 - ㉠식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉠식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉡입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
 - ⑤ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 - ⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암 통합치료보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제14조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암 통합치료보장개시일을 적용합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-71. 갱신형 암 통합치료비(기본형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「암 통합치료(검사)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비(기본형)(이하 「암 통합치료비」라 합니다)로 지급합니다.

② 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암 통합치료(주요치료)」 또는 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비로 지급합니다.

③ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 「암 통합치료(통증완화치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비로 지급합니다.

④ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 「암 통합치료(재활치료)」를 받은 경우 각각 1일 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비로 지급합니다.

<보험가입금액 4,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
검사	암 내시경검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 MRI촬영검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 초음파검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 CT촬영검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간 1회한	10만원
	암 특정NGS유전자패널검사(급여)	연간 1회한	100만원
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	500만원
	유사암 수술	수술 1회당	100만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	500만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	100만원
	항암세기조절방사선치료	연간 1회한	500만원
비급여(전액 본인 부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,000만원
	통증 완화 치료	연간 1회한	30만원

통합치료항목		지급횟수	지급금액
재활 치료	입원 암 재활치료(급여)	연간 20회한 (각각 1일 1회한)	2만원
	외래 암 재활치료(급여)		

<보험가입금액 8,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
검사	암 내시경검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 MRI촬영검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 초음파검사(급여)	연간 1회한	10만원
	암 CT촬영검사(급여)	연간 1회한	10만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간 1회한	20만원
	암 특정NGS유전자패널검사(급여)	연간 1회한	100만원
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	750만원
	유사암 수술	수술 1회당	150만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	750만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	150만원
	암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	750만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	150만원
	항암세기조절방사선치료	연간 1회한	750만원
	통증 완화 치료	연간 1회한	30만원

통합치료항목		지급횟수	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	2,000만원
통증 완화 치료	암(유사암제외) 특정통증 완화치료(급여)	연간 1회한	40만원
재활 치료	입원 암 재활치료(급여)	연간 20회한 (각각 1일 1회한)	2만원
	외래 암 재활치료(급여)		

<보험가입금액 1억원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
검사	암 내시경검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 MRI 촬영검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 초음파검사(급여)	연간 1회한	10만원
	암 CT 촬영검사(급여)	연간 1회한	10만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간 1회한	20만원
	암 특정NGS유전자패널검사(급여)	연간 1회한	100만원

통합치료항목		지급횟수	지급금액
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	1,000만원
	유사암 수술	수술 1회당	200만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	1,000만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	200만원
	암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	1,000만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	200만원
	항암세기조절방사선치료	연간 1회한	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	3,000만원
통증 완화 치료	암(유사암제외) 특정통증 완화치료(급여)	연간 1회한	50만원
재활 치료	입원 암 재활치료(급여)	연간 20회한 (각각 1일 1회한)	2만원
	외래 암 재활치료(급여)		

⑤ 제1항부터 제4항까지의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

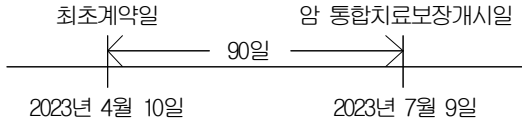
통합치료항목		대상질병
검사	암 내시경검사(급여)	암(유사암제외) 및 유사암
	암 MRI촬영검사(급여)	
	암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)	
	암 특정단일유전자검사(급여)	
	암 초음파검사(급여)	
	암 CT촬영검사(급여)	
	암 특정생검조직병리검사(급여)	
주요 치료	암 특정NGS유전자패널검사(급여)	암(유사암제외) 및 유사암
	암(유사암제외) 수술	
	유사암 수술	
	암(유사암제외) 항암방사선치료	
	기타피부암 및 갑상선암 항암 방사선치료	
	암(유사암제외) 항암약물치료	
비급여(전액본인부담 포함)	기타피부암 및 갑상선암 항암 약물치료	암(유사암제외) , 기타피부암 및 갑상선암
	항암세기조절방사선치료	
	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	
통증 완화 치료	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	암(유사암제외) , 기타피부암 및 갑상선암
	암(유사암제외) 특정통증완화 치료(급여)	
재활 치료	입원 암 재활치료(급여)	암(유사암제외) , 기타피부암 및 갑상선암
	외래 암 재활치료(급여)	

⑥ 제1항부터 제4항의 암 통합치료비 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「암 통합치료보장개시일」이란 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을

암 통합치료보장개시일로 합니다.

【암 통합치료보장개시일[예시]】



⑧ 제1항부터 제4항 및 제6항의 「연간」이라 함은 최초계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 내시경검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 내시경검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 MRI촬영검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 MRI촬영검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 양전자단층촬영검사(PET)(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 특정단일유전자검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 특정단일유전자검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 초음파검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 초음파검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 CT촬영검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 CT촬영검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 특정생검조직병리검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 특정생검조직병리검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 특정NGS유전자패널검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암(유사암제외) 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암(유사암제외) 항암방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

10 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

11 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암(유사암제외) 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암(유사암제외) 항암약물치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

12 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

13 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「항암세기조절방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 항암세기조절방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

14 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」을 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

15 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」을 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

16 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

17 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

18 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

19 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암(유사암제외) 특정통증완화치료(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암(유사암제외) 특정통증완화치료(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

20 다음 각 호의 경우에는 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 입원 중에 「암 재활

치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 암 재활치료(급여)」라 합니다)와 통원하여 「암 재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「외래 암 재활치료(급여)」라 합니다) 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

① 피보험자가 동일한 날에 「입원 암 재활치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 「외래 암 재활치료(급여)」를 받은 경우

② 피보험자가 동일한 날에 「외래 암 재활치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 「입원 암 재활치료(급여)」를 받은 경우

21 「암 통합치료(재활치료)」의 경우 연간 발생한 제20항의 「입원 암 재활치료(급여)」와 「외래 암 재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 20회 한도로 지급합니다.

【예시1】

병원에 통원하여 「단순운동치료(MM101)」, 「중추신경계발달재활치료(MM105)」, 「재활기능치료-보행치료(MM302)」 재활치료를 모두 동일한 날에 받은 경우

⇒ 「지급금액×1회」에 해당하는 보험금 지급(여러 진료행위를 받더라도 1일 1회에 한함)

【예시2】

병원에 통원하여 「단순운동치료(MM101)」 재활치료를 받고, 그 날 병원에 입원하여 「중추신경계발달재활치료(MM105)」와 「재활기능치료-보행치료(MM302)」 재활치료를 받은 경우

⇒ 「지급금액×2회」에 해당하는 보험금 지급(외래 1회 + 입원 1회)

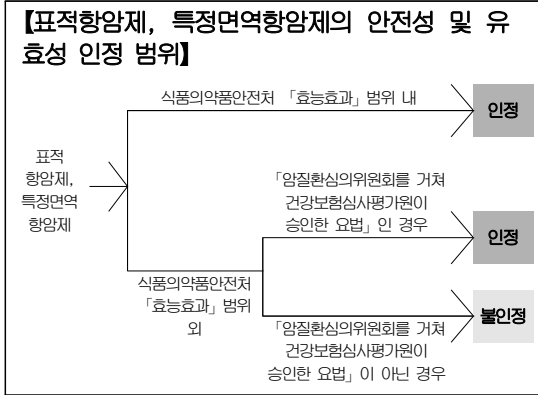
【예시3】

연간 1년 내에 병원에 입원하여 20일에 해당하는 암 재활치료(급여)를 받고, 퇴원 후 병원에 통원하여 20일에 해당하는 암 재활치료(급여)를 받은 경우

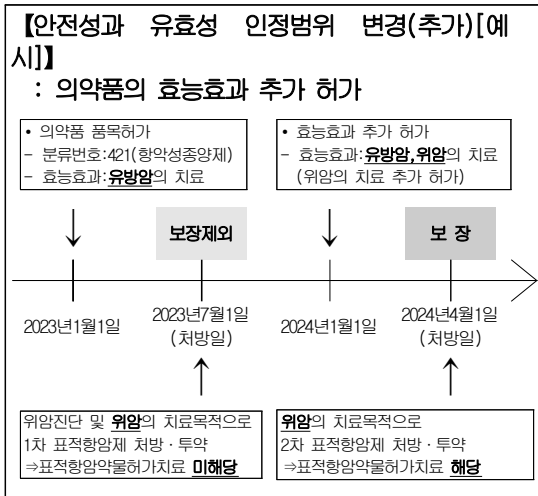
⇒ 「지급금액×20회」에 해당하는 보험금 지급(40회(입원 20회와 외래 20회를 더한 값) 재활치료를 받았으나, 연간 20회 한도로 함)

22 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」로 인한 암 통합치료비는 각각 표적항암제 또는 특정면역항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경

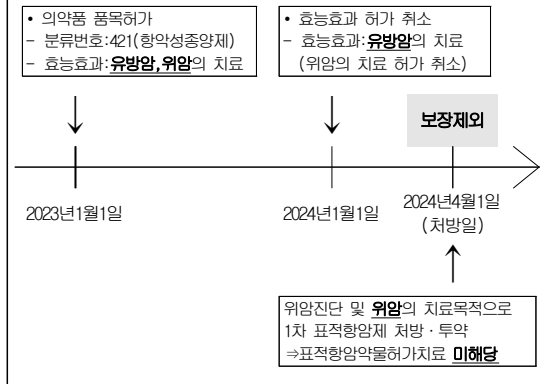
시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



㉓ 제4조(암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인 부담 포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「표적항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제10조(표적항암약물허가치료를 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



【안전성과 유효성 인정범위 변경(삭제)[예시] : 의약품의 효능효과 허가 취소】



㉔ 제4조(암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인 부담 포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「특정면역항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제11조(특정면역항암약물허가치료를 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

㉕ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의 1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

- 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암 통합치료(주요치료)」를 받기 위해 치료일자 예약 후, 제16조(보험금의 청구) 제1항 제5호에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, 암 통합치료비 보험금의 50%를 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」로 지급할 수 있습니다. 단, 주요치료 통합치료항목 중 항암세기조절방사선치료는 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」지급대상에서 제외합니다.
- 제1항의 암 통합치료비 보험금이란 예약된 치료일자의 「암 통합치료(주요치료)」를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 및 제6항에 따라 지급될 것으로 계산한 암 통합치료비를 말합니다.
- 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구한

이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 총 지급액 한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

④ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」와 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」의 차액을 정산 합니다.

⑤ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 「암 통합치료(주요치료)」를 받지 않거나 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우 또는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우 지체없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

⑥ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 실제 치료일자까지 기간 상당분의 이자를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 변경사유와 관계없이 실제 치료일자를 기준으로 이자를 계산합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 반환사유 해당여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 암 통합치

비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구할 수 없습니다.

제3조(암(유사암제외), 암(특정암제외), 유사암, 특정암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(특정암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑨ 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑩ 제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제9항에 따른 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

⑪ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 통합치료」라 함은 제2항의 「암 통합치료(검사)」, 제3항의 「암 통합치료(주요치료)」, 제4항의 「암 통합치료(비급여(전액 본인부담 포함)치료)」, 제5항의 「암 통합치료(통증완화치료)」 및 제6항의 「암 통합치료(재활치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(검사)」라 함은 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 「암 검사(급여)」를 말합니다.

통합치료항목	
검사	암 내시경검사(급여)
	암 MRI촬영검사(급여)
	암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)
	암 특정단일유전자검사(급여)
	암 초음파검사(급여)
	암 CT촬영검사(급여)
	암 특정생검조직병리검사(급여)
	암 특정NGS유전자패널검사(급여)

- ① 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 내시경검사(급여)」를 받은 경우
- ② 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 MRI촬영검사(급여)」를 받은 경우
- ③ 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)」를 받은 경우
- ④ 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 특정단일유전자검사(급여)」를 받은 경우
- ⑤ 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 초음파검사(급여)」를 받은 경우
- ⑥ 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 CT촬영검사(급여)」를 받은 경우
- ⑦ 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정

한 「암 특정생검조직병리검사(급여)」를 받은 경우

- ⑧ 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료(주요치료)」라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
주요치료	암(유사암제외) 수술
	유사암 수술
	암(유사암제외) 항암방사선치료
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료
	암(유사암제외) 항암약물치료
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료
	항암세기조절방사선치료

- ① 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우
- ② 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ④ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ⑤ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우
- ⑥ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우
- ⑦ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제8조(항암세기조절방사선치료의 정의)에서 정한 「항암세기조절방사선치료」를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
비급여(전액본인부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치료봇수술
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치료봇수술
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료

- ① 「암(특정암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치료봇수술」을 받은 경우
- ② 「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치료봇수술」을 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우
- ④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우
- ⑤ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우

⑤ 이 특별약관에서 「암 통합치료(통증완화치료)」라 함은 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 「암(유사암제외)」으로 인한 통증 완화를 목적으로 제13조(암 특정통증완화치료(급여)의 정의)에서 정한 「암 특정통증완화치료(급여)」를 받은 경우를 말합니다.

통합치료항목	
통증완화 치료	암(유사암제외) 특정통증완화치료(급여)

⑥ 이 특별약관에서 「암 통합치료(재활치료)」라 함은 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「입원 암 재활치료(급여)」 또는 「외래 암 재활치료(급여)」를 받은 경우를 말합니다.

통합치료항목	
재활치료	입원 암 재활치료(급여)
	외래 암 재활치료(급여)

⑦ 제4항의 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는

「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다) 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

⑧ 제4항의 전액본인부담이라 함은 요양급여 또는 의료급여 비용 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑨ 제4항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」은 제9조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 「암(특정암제외) 다빈치로봇수술」 중 제7항 및 제8항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

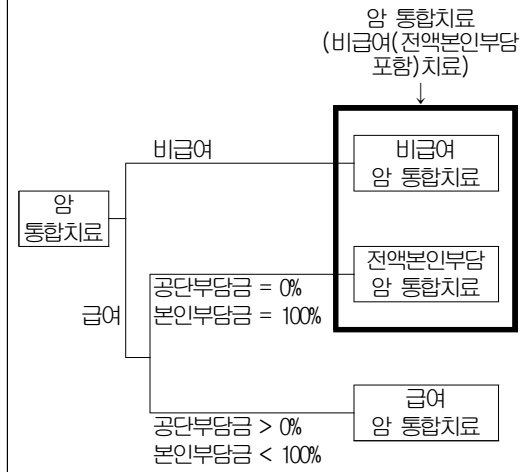
⑩ 제4항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」은 제9조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 「특정암 다빈치로봇수술」 중 제7항 및 제8항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑪ 제4항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」는 제10조(표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「표적항암약물허가치료」 중 제7항 및 제8항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑫ 제4항 제4호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제11조(특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「특정면역항암약물허가치료」 중 제7항 및 제8항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑬ 제4항 제5호의 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」는 제12조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중 제7항 및 제8항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

【암 통합치료의 급여 및 비급여 분류】



⑭ 「암 통합치료(주요치료)」 및 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」에 호르몬 관련 치료제는 포함되지 않습니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「암 내시경검사(급여)」는 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 급여 「제2부 제2장 검사료의 제4절 내시경」 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암 MRI촬영검사(급여)」는 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 「제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 제2절 방사선특수영상진단료의 자기공명영상진단」 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)」는 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복

지부에서 고시하는 급여 「제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 제3절 핵의학영상진단 및 골밀도검사료」의 양전자방출단층촬영 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「암 특정단일유전자검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 「의료행위 수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	의료행 위 수가코 드
[사람유전자 분자유전자검사]	
비유전성 유전자검사	
가. 기본표적증폭	C5830
나. 중합효소연쇄반응-확장	
(1) 이중중합효소연쇄반응, 중합효소	C5831
연쇄반응-교잡반응	
(2) 중합효소연쇄반응- 폴리아크릴아	C5832
마이드겔전기영동	
다. 염기서열분석	
(1) 염기서열반응 2회	C5833
(2) 4회	C5834
(3) 6회	C5835
(4) 8회	C5836
(5) 10회	C5837
(6) 12회 이상	C5838
주 : B림프구 또는 T림프구의 유전자	C5843
재배열 확인을 위해 1개 유전자 단일	
검사를 시행한 경우	
주 : B림프구 또는 T림프구의 유전자	C5844
재배열 확인을 위해 2개 유전자 동시	
검사를 시행한 경우	
라. 기타	
(1) 서던블롯	C5839
(2) 동소교잡반응	C5840
(3) 형광동소교잡반응, 실버동소교잡	C5841
반응	
주 : 형광동소교잡반응에서 파라핀	C5842
블록을 이용한 경우	

⑤ 이 특별약관에서 「암 초음파검사(급여)」는 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 급여 「제2부 제2장 검사료의 제5절 초음파

검사료」 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 CT촬영검사(급여)」는 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 급여 「제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료의 제2절 전산화단층영상진단」 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「암 특정생검조직병리검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 「의료행위 수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	의료행 위 수가코 드
침생검(심부)-복막	C8511
침생검(심부)-흉막	C8512
침생검(심부)-장기[편측]	C8513
침생검(심부)-심낭[EKG비용포함]	C8514
침생검(심부)-척수	C8515
골수천자생검[편측]	C8520
절개생검(심부[장기절개생검])-개흉에의	C8533
한것	
절개생검(심부[장기절개생검])-개복에의	C8534
한것	
전립선생검-경피적	C8551
전립선생검-관혈적	C8552
고환, 부고환생검-경피적	C8561
고환, 부고환생검-관혈적	C8562
자궁내막조직생검-흡인생검	C8573
자궁내막조직생검-단순소파생검	C8574
자궁내막조직생검-구획소파생검	C8575
자궁경부착공생검	C8576
골생검(침생검)	C8581
골생검(절개생검)-척추골	C8582
골생검(절개생검)-기타부위	C8583
갑상선생검-침생검	C8591
갑상선생검-관혈적	C8592
관절절개생검술-결관절, 고관절, 천장관절	C8601
관절절개생검술-주관절, 슬관절	C8602
관절절개생검술-완관절 및 족관절	C8603
관절절개생검술-기타부위	C8604

대 상 항 목	의료행위 수가코드
신경생검술	C8610
경정맥간생검	C8620
심근생검	C2976
유방생검[편측]-침생검	C8641
유방생검[편측]-절개생검	C8642

⑧ 이 특별약관에서 「암 특정NGS유전자패널검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 「의료행위 수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	의료행위 수가코드
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사·비유전성 유전자검사-고형암Level I	C8003
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사·비유전성 유전자검사-고형암Level II	C8004
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사·비유전성 유전자검사-혈액암Level I	C8005
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사·비유전성 유전자검사-혈액암Level II	C8006

⑨ 이 특별약관에서 「암 검사(급여)」라 함은 「암 내시경검사(급여)」, 「암 MRI촬영검사(급여)」, 「암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)」, 「암 특정단일유전자검사(급여)」, 「암 초음파검사(급여)」, 「암 CT촬영검사(급여)」, 「암 특정생검조직병리검사(급여)」 및 「암 특정NGS유전자패널검사(급여)」를 총칭합니다.

⑩ 「암 검사(급여)」는 요양급여 또는 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

⑪ 「암 특정NGS유전자패널검사(급여)」는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관」으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

⑫ 「암 내시경검사(급여)」, 「암 MRI촬영검사(급여)」, 「암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)」, 「암

초음파검사(급여)」 및 「암 CT촬영검사(급여)」에 대하여 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑬ 「암 특정단일유전자검사(급여)」, 「암 특정생검 조직병리검사(급여)」 및 「암 특정NGS유전자패널검사(급여)」에 대하여 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급 사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑭ 제12항 및 제13항에도 불구하고 「암 검사(급여)」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 「암 검사(급여)」해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
- ⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(항암세기조절방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「세기조절방사선치료법」을 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

② 제1항의 「세기조절방사선치료법」은 방사선 조사 방향을 수십 배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료법을 말합니다.

제9조(다빈치로봇 암수술의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(특정암제외) 다빈치로봇수술」이란 「암(특정암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「특정암 다빈치로봇수술」이란 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「다빈치로봇 암수술」이란 「암(특정암제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 의료행위 수가코드에 해당하는 「수술」 중 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

대 상 항 목	의료행위 수가코드
로봇 보조 수술	QZ966

【다빈치로봇 암수술】

다빈치로봇 암수술이란 「암(특정암제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.

(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

④ 제3항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술 기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 암수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「다빈치로봇 암수술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제10조(표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르

몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응 능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 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
- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제11조(특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함

은 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 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)】

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 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 백터를 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, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표45(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】**에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제12조(항암양성지방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성지방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행되는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

② 전자기파를 이용한 「X선치료」, 「감마선치료」, 「중입자치료」 등은 「항암양성지방사선치료」에 해당되지 않습니다.

제13조(암 특정통증완화치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 특정통증완화치료(급여)」라 함은 「암(유사암제외)」으로 인한 통증 완화를 목적으로 「신경차단·파괴치료(급여)」 또는 「마약성진통제 치료(급여)」중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 「신경차단·파괴치료(급여)」라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 **【별표12(신경차단·파괴치료(급여) 대상 수가코드)】**에 해당하는 치료를 말합니다.
2. 「마약성진통제치료(급여)」라 함은 「마약성진통제(급여)」를 횡수(일수)가 연간 30회(일) 이상 처방받는 경우를 말합니다. 「마약성진통제(급여)」라 함은 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호 중 아래 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제를 말합니다.

분류번호 및 약효분류	
800 마약	
810 알칼로이드 마약(천연)	
811 아편알칼로이드계 제제	
812 코카알칼로이드계 제제	
820 비알칼로이드계 마약	
821 합성 마약	
829 기타의 비알칼로이드계 마약	
890 기타의 마약	

② 제1항의 「암 특정통증완화치료(급여)」는 요양급여 또는 의료급여의 절차를 거쳐 「신경차단·파괴치료(급여)」 또는 「마약성진통제치료(급여)」항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 「연간 30회(일) 이상 처방받는 경우」라 함은 「마약성진통제(급여)」의 「연간」처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 「마약성진통제(급여)」를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30회(일) 이상인 경우를 말합니다.

④ 제3항의 처방일수 합산시 기준일자는 「마약성진통제(급여)」를 처방받은 날로 합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「신경차단·파괴치료(급여)」 및 「마약성진통제치료(급여)」에 준하여 「신경차단·파괴치료(급여)」 및 「마약성진통제치료(급여)」를 결정합니다.

제14조(암 재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 재활치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료 목적의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료 중, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료 완료 후 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말하며 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 「제2부 제7장 이학요법료」 분류번호 및 코드에 해당하는 진료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「암 재활치료(급여)」는 요양급여 또는 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 「암 재활치료(급여)」의 진료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「암 재활치료(급여)」 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제15조(입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택

등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제16조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

1. 암 통합치료(검사)의 경우 : 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료기록부 포함

2. 항암세기조절방사선치료의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함

3. 비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술의 경우 : 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 포함

4. 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함

5. 암(유사암제외) 특정통증완화치료(급여)의 경우

- 「신경차단·파괴치료(급여)」를 받은 경우 진료확인서(「통증의 원인」필수기재), 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)」필수기재), 진료기록부 포함

- 「마약성진통제치료(급여)」를 받은 경우 진료확인서(「통증의 원인」필수기재), 진단서, 진료기록부, 요양급여비용명세서(상병명 및 총 투여일수 필수기재) 포함

6. 암 통합치료(재활치료)의 경우 : 진료확인서(「재활치료의 원인」필수기재), 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료기록부 포함

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가 치료의 경우 표적항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
- ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물 허가치료의 경우 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
- ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ⑤ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구하는 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서, 진료기록부 등
- ⑥ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정무기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ⑦ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제17조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암 통합치료보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제18조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제19조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암 통합치료보장개시일을 적용합니다.

제20조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-72. 갱신형 암 통합치료비(실속형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암 통합치료(주요치료)」 또는 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비(실속형)(이하 「암 통합치료비」라 합니다)로 지급합니다.

<보험가입금액 1,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	250만원
	유사암 수술	수술 1회당	50만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	250만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	50만원
	암(유사암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	250만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	50만원
비급여 (전액 본인 부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	250만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가 치료	연간 1회한	250만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	250만원

<보험가입금액 3,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	500만원
	유사암 수술	수술 1회당	100만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	100만원
	암(유사암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	500만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	100만원
비급여 (전액 본인 부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가 치료	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	500만원

<보험가입금액 5,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	750만원
	유사암 수술	수술 1회당	150만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	750만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	150만원
	암(유사암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	750만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	150만원
비급여 (전액 본인 부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가 치료	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	750만원

<보험가입금액 7,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	1,000만 원
	유사암 수술	수술 1회당	200만원
	암(유사암제외) 항암방사 선치료	연간 1회한	1,000만 원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	200만원
	암(유사암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	1,000만 원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	200만원
비급 여(전액 본인 부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포 함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만 원
	비급여(전액본인부담 포 함) 특정면역항암약물허가 치료	연간 1회한	1,000만 원
	비급여(전액본인부담 포 함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,000만 원

② 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

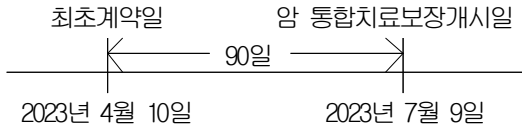
통합치료항목		대상질병
주요 치료	암(유사암제외) 수술	암(유사암제외)
	유사암 수술	유사암
	암(유사암제외) 항암방사선치 료	암(유사암제외)
	기타피부암 및 갑상선암 항암 방사선치료	기타피부암 및 갑상선암
	암(유사암제외) 항암약물치료	암(유사암제외)
	기타피부암 및 갑상선암 항암 약물치료	기타피부암 및 갑상선암
비급 여(전액 본인 부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 표 적항암약물허가치료	암(유사암제외) , 기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 특 정면역항암약물허가치료	
	비급여(전액본인부담 포함) 항 암양성자방사선치료	

③ 제1항의 암 통합치료비 연간 총 지급액은 보험 가입금액을 한도로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「암 통합치료보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장

이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암 통합치료보장개시일로 합니다.

【암 통합치료보장개시일(예시)】



⑤ 제1항 및 제3항의 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암(유사암제외) 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암(유사암제외) 항암방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암(유사암제외) 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암(유사암제외) 항암약물치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

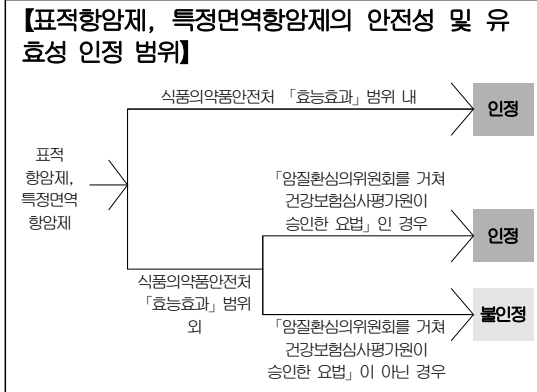
⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

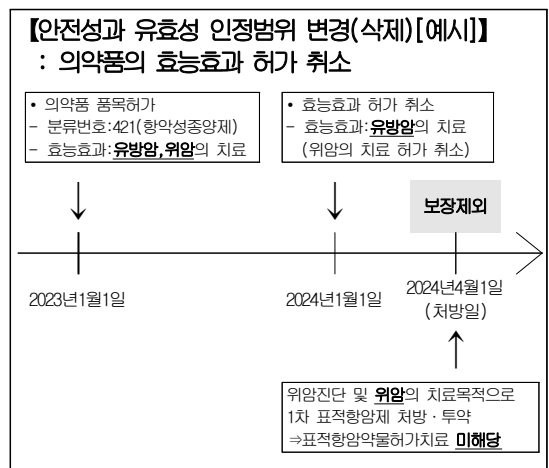
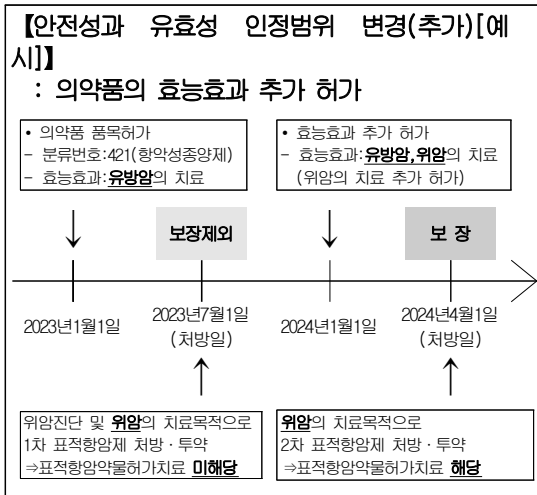
⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑧ 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」로 인한 암 통합치료비는 각각 표

적항암제 또는 특정면역항암제를 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.



㉑ 제4조(암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인 부담 포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「표적항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제7조(표적항암약물허가치료를 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



㉒ 제4조(암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인 부담 포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「특정면역항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제8조(특정면역항암약물허가치료를 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

㉓ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의 1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암 통합치료(주요치료)」를 받기 위해 치료일자 예약 후, 제10조(보험금의 청구) 제1항 제5호에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, 암 통합치료비 보험금의 50%를 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」로 지급할 수 있습니다.

② 제1항의 암 통합치료비 보험금이란 예약된 치료일자의 「암 통합치료(주요치료)」를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제3항에 따라 지급될 것으로 계산한 암 통합치료비를 말합니다.

③ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을

회사에 알려야 합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 총 지급액 한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

④ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 「암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」와 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」의 차액을 정산 합니다.

⑤ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 「암 통합치료(주요치료)」를 받지 않거나 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 「암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우 또는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우 지체없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

⑥ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 실제 치료일자까지 기간 상당분의 이자를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 변경사유와 관계없이 실제 치료일자를 기준으로 이자를 계산합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 반환사유 해당여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 회사가 반

환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구할 수 없습니다.

제3조(암(유사암제외), 유사암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액

(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 통합치료」라 함은 제2항의 「암 통합치료(주요치료)」 및 제3항의 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(주요치료)」라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
주요치료	암(유사암제외) 수술
	유사암 수술
	암(유사암제외) 항암방사선치료
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료
	암(유사암제외) 항암약물치료
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료

- ① 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우
- ② 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ④ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ⑤ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우
- ⑥ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
비급여(전액본인부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료

- ① 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우
- ② 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우

약항암약물허가치료」를 받은 경우

- ③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우

④ 제3항의 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다) 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

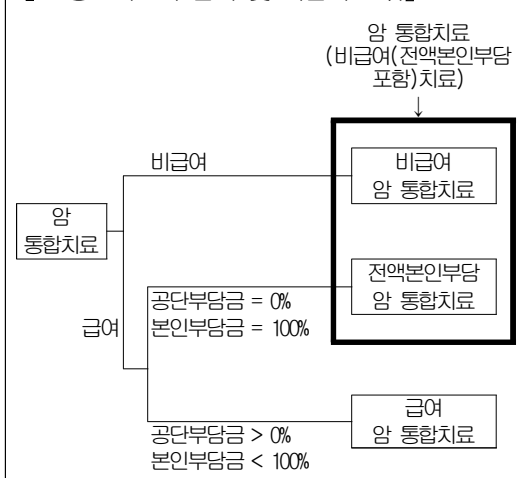
⑤ 제3항의 전액본인부담이라 함은 요양급여 또는 의료급여 비용 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑥ 제3항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」는 제7조(표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「표적항암약물허가치료」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑦ 제3항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제8조(특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「특정면역항암약물허가치료」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑧ 제3항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」는 제9조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

【암 통합치료의 급여 및 비급여 분류】



⑨ 「암 통합치료」에 호르몬 관련 치료제는 포함되지 않습니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

제6조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선

암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 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 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조(특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항암성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항암성종양제」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 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)】

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 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 백터를 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, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표45(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제9조(항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

② 전자기파를 이용한 'X선치료', '감마선치

료', '중입자치료' 등은 「항암양성자방사선치료」에 해당되지 않습니다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
단, 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
- ③ 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료의 경우 표적항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료의 경우 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ⑤ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구하는 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서, 진료기록부 등

⑥ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

⑦ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암 통합치료보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암 통합치료보장개시일을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제

10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-73. 갱신형 암 통합치료비(기본형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함)보장 특별약관)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「암 통합치료(검사)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비(기본형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(이하 「암 통합치료비」라 합니다)로 지급합니다.
- ② 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「암 통합치료(주요치료)」 또는 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비로 지급합니다.
- ③ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「암 통합치료(통증완화치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비로 지급합니다.
- ④ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「암 통합치료(재활치료)」를 받은 경우 각각 1일 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비로 지급합니다.

<보험가입금액 4,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
검사	암 내시경검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 MRI촬영검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 초음파검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 CT촬영검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간 1회한	10만원
	암 특정NGS유전자패널검사(급여)	연간 1회한	100만원
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	500만원
	유사암 수술	수술 1회당	100만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	500만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	100만원
	항암세기조절방사선치료	연간 1회한	500만원
비급여(전액 본인 부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,000만원
	통증 완화 치료	연간 1회한	30만원

통합치료항목		지급횟수	지급금액
재활 치료	입원 암 재활치료(급여)	연간 20회한 (각각 1일 1회한)	2만원
	외래 암 재활치료(급여)		

<보험가입금액 8,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
검사	암 내시경검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 MRI촬영검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 초음파검사(급여)	연간 1회한	10만원
	암 CT촬영검사(급여)	연간 1회한	10만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간 1회한	20만원
	암 특정NGS유전자패널검사(급여)	연간 1회한	100만원
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	750만원
	유사암 수술	수술 1회당	150만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	750만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	150만원
	암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	750만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	150만원
	항암세기조절방사선치료	연간 1회한	750만원
	통증 완화 치료	연간 1회한	30만원

통합치료항목		지급횟수	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	2,000만원
통증 완화 치료	암(유사암제외) 특정통증 완화치료(급여)	연간 1회한	40만원
재활 치료	입원 암 재활치료(급여)	연간 20회한 (각각 1일 1회한)	2만원
	외래 암 재활치료(급여)		

<보험가입금액 1억원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
검사	암 내시경검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 MRI 촬영검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간 1회한	5만원
	암 초음파검사(급여)	연간 1회한	10만원
	암 CT 촬영검사(급여)	연간 1회한	10만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간 1회한	20만원
	암 특정NGS유전자패널검사(급여)	연간 1회한	100만원

통합치료항목		지급횟수	지급금액
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	1,000만원
	유사암 수술	수술 1회당	200만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	1,000만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	200만원
	암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	1,000만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	200만원
	항암세기조절방사선치료	연간 1회한	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	3,000만원
통증 완화 치료	암(유사암제외) 특정통증 완화치료(급여)	연간 1회한	50만원
재활 치료	입원 암 재활치료(급여)	연간 20회한 (각각 1일 1회한)	2만원
	외래 암 재활치료(급여)		

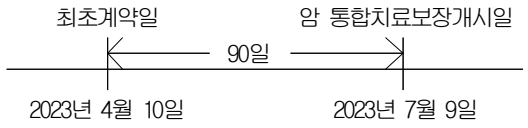
⑤ 제1항부터 제4항까지의 「통합치료항목별 대상질병」 이란 아래의 질병을 말합니다.

통합치료항목		대상질병
검사	암 내시경검사(급여)	암(유사암제외) 및 유사암
	암 MRI 촬영검사(급여)	
	암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)	
	암 특정단일유전자검사(급여)	
	암 초음파검사(급여)	
	암 CT촬영검사(급여)	
	암 특정생검조직병리검사(급여)	
주요 치료	암(유사암제외) 수술	암(유사암제외)
	유사암 수술	유사암
	암(유사암제외) 항암방사선치료	암(유사암제외)
	기타피부암 및 갑상선암 항암 방사선치료	기타피부암 및 갑상선암
	암(유사암제외) 항암약물치료	암(유사암제외)
	기타피부암 및 갑상선암 항암 약물치료	기타피부암 및 갑상선암
	항암세기조절방사선치료	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암
비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	암(특정암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	특정암
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성지방방사선치료	
통증 완화 치료	암(유사암제외) 특정통증완화 치료(급여)	암(유사암제외)
재활 치료	입원 암 재활치료(급여)	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암
	외래 암 재활치료(급여)	

⑥ 제1항부터 제4항의 암 통합치료비 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「암 통합치료보장개시일」 이라 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암 통합치료보장개시일로 합니다.

【암 통합치료보장개시일(예시)】



⑧ 제1항부터 제4항 및 제6항의 「연간」 이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암 내시경검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 내시경검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암 MRI 촬영검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 MRI 촬영검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암 양전자단층촬영(PET)(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암 특정단일유전자검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 특정단일유전자검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암 초음파검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 초음파검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암 CT 촬영검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 CT 촬영검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암 특정생검조직병리검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 특정생검조직병리검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암 특정NGS유전

자패널검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암 특정NGS유전자패널검사(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암(유사암제외) 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암(유사암제외) 항암방사선치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑩ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑪ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암(유사암제외) 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암(유사암제외) 항암약물치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑫ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑬ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「항암세기조절방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 항암세기조절방사선치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑭ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」을 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑮ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」을 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑯ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑰ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경

우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑱ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑲ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암(유사암제외) 특정통증완화치료(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암(유사암제외) 특정통증완화치료(급여)에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑳ 다음 각 호의 경우에는 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에 입원 중에 「암 재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 암 재활치료(급여)」라 합니다)와 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에 통원하여 「암 재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「외래 암 재활치료(급여)」라 합니다) 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

① 피보험자가 동일한 날에 「입원 암 재활치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 「외래 암 재활치료(급여)」를 받은 경우

② 피보험자가 동일한 날에 「외래 암 재활치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 「입원 암 재활치료(급여)」를 받은 경우

㉑ 「암 통합치료(재활치료)」의 경우 연간 발생한 제20항의 「입원 암 재활치료(급여)」와 「외래 암 재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 20회 한도로 지급합니다.

【예시1】

상급종합병원에 통원하여 「단순운동치료(MM101)」, 「중추신경계발달재활치료(MM105)」, 「재활기능치료-보행치료(MM302)」 재활치료를 모두 동일한 날에 받은 경우

⇒ 「지급금액×1회」에 해당하는 보험금 지급(여러 진료행위를 받더라도 1일 1회에 한함)

【예시2】

상급종합병원에 통원하여 「단순운동치료(MM101)」 재활치료를 받고, 그 날 상급종합병원에 입원하여 「중추신경계발달재활치료(MM105)」와 「재활기능치료-보행치료(MM302)」 재활치료를 받은 경우

⇒ 「지급금액×2회」에 해당하는 보험금 지급(외래 1회 + 입원 1회)

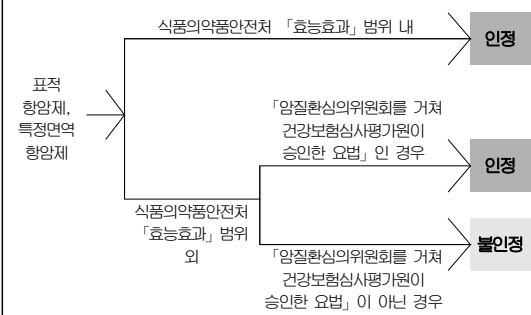
【예시3】

연간 1년 내에 상급종합병원에 입원하여 20일에 해당하는 암 재활치료(급여)를 받고, 퇴원 후 상급종합병원에 통원하여 20일에 해당하는 암 재활치료(급여)를 받은 경우

⇒ 「지급금액×20회」에 해당하는 보험금 지급(40회(입원 20회와 외래 20회를 더한 값) 재활치료를 받았으나, 연간 20회 한도로 함)

㉔ 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」로 인한 암 통합치료비는 각각 표적항암제 또는 특정면역항암제를 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.

【표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

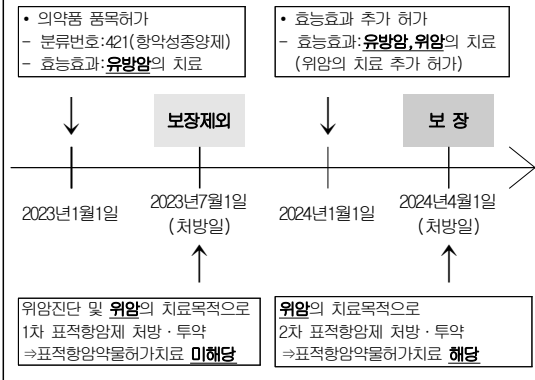


㉔ 제4조(암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인

부담 포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「표적항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제10조(표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

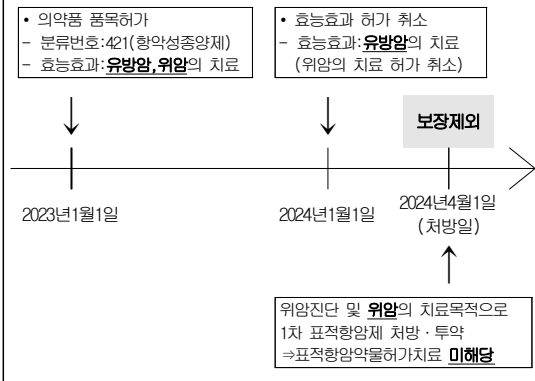
【안전성과 유효성 인정범위 변경(추가)【예시】】

：의약품의 효능효과 추가 허가



【안전성과 유효성 인정범위 변경(삭제)【예시】】

：의약품의 효능효과 허가 취소



㉔ 제4조(암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인 부담 포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「특정면역항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제11조(특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

㉔ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자

의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의 1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「암 통합치료(주요치료)」를 받기 위해 치료일자 예약 후, 제17조(보험금의 청구) 제1항 제5호에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, 암 통합치료비 보험금의 50%를 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」로 지급할 수 있습니다. 단, 주요치료 통합치료항목 중 항암 세기조절방사선치료는 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 암 통합치료비 보험금이란 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 예약된 치료일자의 「암 통합치료(주요치료)」를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 및 제6항에 따라 지급될 것으로 계산한 암 통합치료비를 말합니다.

③ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 총 지급액 한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

④ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」와 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」의 차액을 정산 합니다.

⑤ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 「암 통합치료(주요치료)」를 받지 않거나 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우 또는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우 지체없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 암 통합

치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

⑥ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」지급일로부터 실제 치료일자까지 기간 상당분의 이자를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 변경사유와 관계없이 실제 치료일자를 기준으로 이자를 계산합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」반환사유 해당여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구할 수 없습니다.

제3조(암(유사암제외), 암(특정암제외), 유사암, 특정암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말함

다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(특정암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C73(갑상선의 악성신생물) 및 061(전립선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물) 및 061(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑨ 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」,

「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑩ 제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제9항에 따른 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

⑪ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 통합치료」라 함은 제2항의 「암 통합치료(검사)」, 제3항의 「암 통합치료(주요치료)」, 제4항의 「암 통합치료(비급여·전액 본인부담 포함)치료」, 제5항의 「암 통합치료(통증완화치료)」 및 제6항의 「암 통합치료(재활치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(검사)」라 함은 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 「암(유사

암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 「암 검사(급여)」를 말합니다.

통합치료항목	
검사	암 내시경검사(급여)
	암 MRI 촬영검사(급여)
	암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)
	암 특정단일유전자검사(급여)
	암 초음파검사(급여)
	암 CT촬영검사(급여)
	암 특정생검조직병리검사(급여)
	암 특정NGS유전자패널검사(급여)

- ① 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 내시경검사(급여)」를 받은 경우
- ② 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 MRI 촬영검사(급여)」를 받은 경우
- ③ 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)」를 받은 경우
- ④ 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 특정단일유전자검사(급여)」를 받은 경우
- ⑤ 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 초음파검사(급여)」를 받은 경우
- ⑥ 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 CT촬영검사(급여)」를 받은 경우
- ⑦ 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 특정생검조직병리검사(급여)」를 받은 경우
- ⑧ 제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료(주요치료)」라 함은 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
주요치료	암(유사암제외) 수술
	유사암 수술
	암(유사암제외) 항암방사선치료
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료
	암(유사암제외) 항암약물치료
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료
	항암세기조절방사선치료

- ① 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우
- ② 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우

- ③ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ④ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ⑤ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우
- ⑥ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우
- ⑦ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제8조(항암세기조절방사선치료의 정의)에서 정한 「항암세기조절방사선치료」를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」라 함은 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
비급여(전액본인부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치료봇수술
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치료봇수술
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료

- ① 「암(특정암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치료봇수술」을 받은 경우
- ② 「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치료봇수술」을 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우
- ④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인

목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우

- ⑤ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우

- ⑤ 이 특별약관에서 「암 통합치료(통증완화치료)」라 함은 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 「암(유사암제외)」으로 인한 통증 완화를 목적으로 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 제13조(암 특정통증완화치료(급여)의 정의)에서 정한 「암 특정통증완화치료(급여)」를 받은 경우를 말합니다.

통합치료항목	
통증완화치료	암(유사암제외) 특정통증완화치료(급여)

- ⑥ 이 특별약관에서 「암 통합치료(재활치료)」라 함은 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 「입원 암 재활치료(급여)」 또는 「외래 암 재활치료(급여)」를 받은 경우를 말합니다.

통합치료항목	
재활치료	입원 암 재활치료(급여) 외래 암 재활치료(급여)

- ⑦ 제4항의 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다) 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

- ⑧ 제4항의 전액본인부담이라 함은 요양급여 또는 의료급여 비용 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

- ⑨ 제4항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치료봇수술」은 제9조(다빈치료봇 암수술의 정의)에서 정한 「암(특정암제외) 다빈 치료봇수술」중 제6항 및 제7항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

- ⑩ 제4항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치료봇수술」은 제9조(다빈치료봇 암수술의 정의)에서 정한 「특정암 다빈치료봇수술」중 제6항 및 제7항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

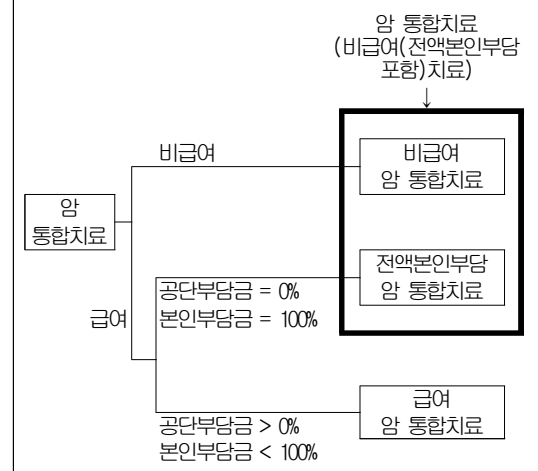
- ⑪ 제4항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」는 제10조(표적항암약물허가

치료의 정의)에서 정한 「표적항암약물허가치료」중 제6항 및 제7항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

- ⑫ 제4항 제4호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제11조(특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「특정면역항암약물허가치료」중 제6항 및 제7항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

- ⑬ 제4항 제5호의 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」는 제12조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 「항암양성자방사선치료」중 제6항 및 제7항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

【암 통합치료의 급여 및 비급여 분류】



- ⑭ 「암 통합치료(주요치료)」 및 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」에 호르몬 관련 치료제는 포함되지 않습니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(암 검사(급여)의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 「암 내시경검사(급여)」는 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 급여 「제2부 제2장 검사료의 제4절 내시경」 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암 MRI촬영검사(급여)」는 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 「제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 제2절 방사선훈영영상진단료의 자기공명영상진단」분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)」는 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 급여 「제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 제3절 핵의학영상진단 및 골밀도검사료」의 양전자방출단층촬영 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「암 특정단일유전자검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 「의료행위 수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	의료행위 수가코드
[사람유전자 분자유전자검사]	
비유전성 유전자검사	
가. 기본표적증폭	C5830
나. 중합효소연쇄반응-확장	
(1) 이중중합효소연쇄반응, 중합효소	C5831
연쇄반응-교잡반응	
(2) 중합효소연쇄반응- 폴리아크릴아	C5832
마이드겔전기영동	
다. 염기서열분석	
(1) 염기서열분석 2회	C5833
(2) 4회	C5834
(3) 6회	C5835
(4) 8회	C5836
(5) 10회	C5837
(6) 12회 이상	C5838
주 : B림프구 또는 T림프구의 유전자	C5843
재배열 확인을 위해 1개 유전자 단일	
검사를 시행한 경우	
주 : B림프구 또는 T림프구의 유전자	C5844
재배열 확인을 위해 2개 유전자 동시	

대 상 항 목	의료행위 수가코드
검사를 시행한 경우	
라. 기타	
(1) 서던블롯	C5839
(2) 동소교잡반응	C5840
(3) 형광동소교잡반응, 실버동소교잡	C5841
반응	
주 : 형광동소교잡반응에서 파라핀	C5842
블록을 이용한 경우	

⑤ 이 특별약관에서 「암 초음파검사(급여)」는 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 급여 「제2부 제2장 검사료의 제5절 초음파검사료」분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 CT촬영검사(급여)」는 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 급여 「제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료의 제2절 전산화단층영상진단」분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「암 특정생검조직병리검사(급여)」라 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 「의료행위 수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	의료행위 수가코드
침생검(심부)-복막	C8511
침생검(심부)-흉막	C8512
침생검(심부)-장기[편측]	C8513
침생검(심부)-심낭[EKG비용포함]	C8514
침생검(심부)-척수	C8515
골수천자생검[편측]	C8520
절개생검(심부[장기절개생검])-개흉에의	C8533
한것	
절개생검(심부[장기절개생검])-개복에의	C8534
한것	
전립선생검-경피적	C8551

대 상 항 목	의료행 위 수가코 드
전립선생검-관혈적	08552
고환, 부고환생검-경피적	08561
고환, 부고환생검-관혈적	08562
자궁내막조직생검-흡인생검	08573
자궁내막조직생검-단순소파생검	08574
자궁내막조직생검-자궁경내소파술	08575
자궁내막조직생검-구획소파생검	08572
자궁경부착공생검	08576
골생검(침생검)	08581
골생검(절개생검)-척추골	08582
골생검(절개생검)-기타부위	08583
갑상선생검-침생검	08591
갑상선생검-관혈적	08592
관절절개생검술-결관절, 고관절, 천장관절	08601
관절절개생검술-주관절, 슬관절	08602
관절절개생검술-완관절 및 족관절	08603
관절절개생검술-기타부위	08604
신경생검술	08610
경정맥간생검	08620
심근생검	C2976
유방생검[편측]-침생검	08641
유방생검[편측]-절개생검	08642

⑧ 이 특별약관에서 「암 특정NGS유전자패널검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 「의료행위 수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	의료행 위 수가코 드
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level I	08003
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level II	08004
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level I	08005
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level II	08006

⑨ 이 특별약관에서 「암 검사(급여)」라 함은 「암 내시경검사(급여)」, 「암 MRI촬영검사(급여)」, 「암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)」, 「암 특정 단일유전자검사(급여)」, 「암 초음파검사(급여)」, 「암 CT촬영검사(급여)」, 「암 특정생검조직병리검사(급여)」 및 「암 특정NGS유전자패널검사(급여)」를 총칭합니다.

⑩ 「암 검사(급여)」는 요양급여 또는 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

⑪ 「암 특정NGS유전자패널검사(급여)」는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관」으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

⑫ 「암 내시경검사(급여)」, 「암 MRI촬영검사(급여)」, 「암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)」, 「암 초음파검사(급여)」 및 「암 CT촬영검사(급여)」에 대하여 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑬ 「암 특정단일유전자검사(급여)」, 「암 특정생검 조직병리검사(급여)」 및 「암 특정NGS유전자패널검사(급여)」에 대하여 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급 사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또

는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑭ 제12항 및 제13항에도 불구하고 「암 검사(급여)」 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 「암 검사(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선

암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 쉐리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(항암세기조절방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「세기조절방사선치료법」을 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 임자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

② 제1항의 「세기조절방사선치료법」은 방사선 조사 방향을 수십 배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료법을 말합니다.

제9조(다빈치로봇 암수술의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(특정암제외) 다빈치로봇수술」이란 「암(특정암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「특정암 다빈치로봇수술」이란 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「다빈치로봇 암수술」이란 「암(특정암제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 의료행위 수가코드에 해당하는 「수술」중 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적

용합니다.

대 상 항 목	의료행위 수가코드
로봇 보조 수술	QZ966

【다빈치로봇 암수술】

다빈치로봇 암수술이란 「암(특정암제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.

(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기 기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

④ 제3항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술 기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 암수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「다빈치로봇 암수술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제10조(표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안정성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안정성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제11조(특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항암성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항암성종양제」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 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)】

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 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, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표45(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제7조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제12조(항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행되는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

② 전자기파를 이용한 'X선치료', '감마선치료', '중입자치료' 등은 「항암양성자방사선치료」에 해당되지 않습니다.

제13조(암 특정통증완화치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 특정통증완화치료(급여)」라 함은 「암(유사암제외)」으로 인한 통증 완화를 목적으로 「신경차단·파괴치료(급여)」 또는 「마약성진통제 치료(급여)」 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 「신경차단·파괴치료(급여)」라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 【별표12(신경차단·파괴치료(급여) 대상 수가코드)】에 해당하는 치료를 말합니다.
2. 「마약성진통제치료(급여)」라 함은 「마약성진통제(급여)」를 횡수(일수)가 연간 30회(일) 이상 처방받는 경우를 말합니다. 「마약성진통제(급여)」라 함은 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호 중 아래 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제를 말합니다.

분류번호 및 약효분류	
800 마약	
810 알칼로이드 마약(천연)	
811 아편알칼로이드계 제제	
812 코카알칼로이드계 제제	
820 비알칼로이드계 마약	
821 합성 마약	
829 기타의 비알칼로이드계 마약	
890 기타의 마약	

② 제1항의 「암 특정통증완화치료(급여)」는 요양급여 또는 의료급여의 절차를 거쳐 「신경차단·파괴치료(급여)」 또는 「마약성진통제치료(급여)」항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 「연간 30회(일) 이상 처방받는 경우」라 함은 「마약성진통제(급여)」의 「연간」처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 「마약성진통제(급여)」를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30회(일) 이상인 경우를 말합니다.

④ 제3항의 처방일수 합산시 기준일자는 「마약성진통제(급여)」를 처방받은 날로 합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「신경차단·파괴치료(급여)」 및 「마약성진통제치료(급여)」에 준하여 「신경차단·파괴치료(급여)」 및 「마약성진통제치료(급여)」를 결정합니다.

제14조(암 재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 재활치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료 목적의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료 중, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료 완료 후 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말하며 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 「제2부 제7장 이학요법료」 분류번호 및 코드에 해당하는 진료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「암 재활치료(급여)」는 요양급여 또는 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 「암 재활치료(급여)」의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「암 재활치료(급여)」당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제15조(입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택

등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제16조(암중점치료기관(상급종합병원 포함)의 정의)

① 이 특별약관에서 암중점치료기관(상급종합병원 포함)은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「지역암센터」 및 「원자력병원」을 총칭합니다. 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

③ 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

【암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)】

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

【암관리법 제29조(부속기관의 설치)】

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

④ 「지역암센터」라 함은 암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)에 따라 지역암센터로 지정된 병원을 말합니다.

【암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)】

① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시·도별 지역암센터로 지정할 수 있다.

【지역암센터 지정 현황】

2024.04 기준 15개 시도 13개 지역암센터

지역암센터(병원)			
전북	전북대학교병원	강원	강원대학교병원
전남	화순전남대학교병원	충북	충북대학교병원
경남	경상국립대학교병원	제주	제주대학교병원
부산	부산대학교병원	인천	가천대학교길병원
대전	충남대학교병원	경기	아주대학교병원
대구	칠곡경북대학교병원	울산	울산대학교병원
경북		충남	단국대학교병원

⑤ 「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)에서 정한 한국원자력의학원 원자력병원 및 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)에 따라 정한 동남권원자력의학원 원자력병원을 말합니다.

【방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)】

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 “의학원”이라 한다)을 설립한다.

【방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)】

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

【한국원자력의학원 정관 제3조(소재지)】

의학원은 주된 사무소를 서울특별시에 두고 필요

한 곳에 분원, 부설기관, 연락사무소 등을 둘 수 있다.

【한국원자력의학원 정관 제32조의2(동남권원자력의학원)】

① 「방사선이용법」 제13조의3 및 정관 제3조에 의한 의학원의 분원으로 부산광역시 기장군에 동남권원자력의학원(이하 “동남권의학원”이라 한다)을 둔다.

제17조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 1. 암 통합치료(검사)의 경우 : 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료기록부 포함
 2. 항암세기조절방사선치료의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
 3. 비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술의 경우 : 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 포함
 4. 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
 5. 암(유사암제외) 특정통증완화치료(급여)의 경우
 - 「신경차단·파괴치료(급여)」를 받은 경우 진료확인서(「통증의 원인」필수기재), 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)」필수 기재), 진료기록부 포함
 - 「마약성진통제치료(급여)」를 받은 경우 진료확인서(「통증의 원인」필수기재), 진단서, 진료기록부, 요양급여비용명세서(상병명 및 총 투여일수 필수기재) 포함
 6. 암 통합치료(재활치료)의 경우 : 진료확인서(「재활치료의 원인」필수기재), 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료기록부 포함 [단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서

등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료의 경우 표적항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료의 경우 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ⑤ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구하는 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서, 진료기록부 등
- ⑥ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서

또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

- ⑦ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제18조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암 통합치료보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제19조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제20조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암 통합치료보장개시일을 적용합니다.

제21조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-74. 갱신형 암 통합치료비(실속형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「암 통합치료(주요치료)」 또는 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비(실속형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(이하 「암 통합치료비」라 합니다)로 지급합니다.

<보험가입금액 1,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	250만원
	유사암 수술	수술 1회당	50만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	250만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	50만원
	암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	250만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	50만원
비급여(전액본인부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	250만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	250만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	250만원

<보험가입금액 3,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	500만원
	유사암 수술	수술 1회당	100만원
	암(유사암제외) 항암방사 선치료	연간 1회한	500만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	100만원
	암(유사암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	500만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	100만원
	비급여(전액본인부담 포 함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	500만원
비급 여(전액 본인 부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포 함) 특정면역항암약물허가 치료	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포 함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	500만원

<보험가입금액 5,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	750만원
	유사암 수술	수술 1회당	150만원
	암(유사암제외) 항암방사 선치료	연간 1회한	750만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	150만원
	암(유사암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	750만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	150만원
	비급여(전액본인부담 포 함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	750만원
비급 여(전액 본인 부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포 함) 특정면역항암약물허가 치료	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포 함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	750만원

<보험가입금액 7,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
주요 치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	1,000만 원
	유사암 수술	수술 1회당	200만원
	암(유사암제외) 항암방사 선치료	연간 1회한	1,000만 원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	200만원
	암(유사암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	1,000만 원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포 함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만 원
비급 여(전액 본인 부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포 함) 특정면역항암약물허가 치료	연간 1회한	1,000만 원
	비급여(전액본인부담 포 함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,000만 원

[2] 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」 이란 아래의 질병을 말합니다.

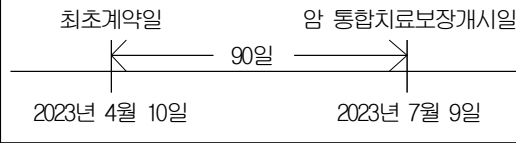
통합치료항목		대상질병
주요 치료	암(유사암제외) 수술	암(유사암제외)
	유사암 수술	유사암
	암(유사암제외) 항암방사선치 료	암(유사암제외)
	기타피부암 및 갑상선암 항암 방사선치료	기타피부암 및 갑상선암
	암(유사암제외) 항암약물치료	암(유사암제외)
	기타피부암 및 갑상선암 항암 약물치료	기타피부암 및 갑상선암
비급 여(전액 본인 부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 표 적항암약물허가치료	암(유사암제외) , 기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 특 정면역항암약물허가치료	
	비급여(전액본인부담 포함) 항 암양성자방사선치료	

[3] 제1항의 암 통합치료비 연간 총 지급액은 보험 가입금액을 한도로 합니다.

[4] 이 특별약관에서 「암 통합치료보장개시일」 이란 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장

이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을
암 통합치료보장개시일로 합니다.

【암 통합치료보장개시일[예시]



⑤ 제1항 및 제3항의 「연간」 이라 함은 최초계약일
부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지
의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상
급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암(유사암제외)
항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목
중 암(유사암제외) 항암방사선치료에 한하여 1회의
암 통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상
급종합병원 포함)에서 각각 다른 「기타피부암 및
갑상선암 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합
치료항목 중 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치
료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상
급종합병원 포함)에서 각각 다른 「암(유사암제외)
항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중
암(유사암제외) 항암약물치료에 한하여 1회의 암
통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상
급종합병원 포함)에서 각각 다른 「기타피부암 및
갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치
료항목 중 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료에
한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상
급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인
부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우에도
통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 표
적항암약물허가치료에 한하여 1회의 암 통합치료비
만 지급합니다.

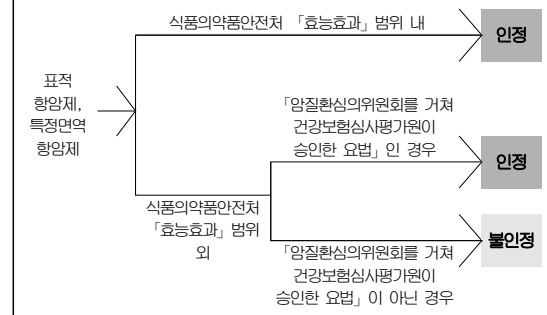
⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상
급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인
부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경
우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포
함) 특정면역항암약물허가치료에 한하여 1회의 암
통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 암중점치료기관(상
급종합병원 포함)에서 각각 다른 「비급여(전액본인
부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우에

도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 항
암양성자방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비
만 지급합니다.

⑧ 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가
치료」 및 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항
암약물허가치료」로 인한 암 통합치료비는 각각 표
적항암제 또는 특정면역항암제를 식품의약품안전처
에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에
한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서
허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위
원회를 거쳐 건강보험심사평가원(항후 제도 변경
시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이
승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또
는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우
에는 보장합니다.

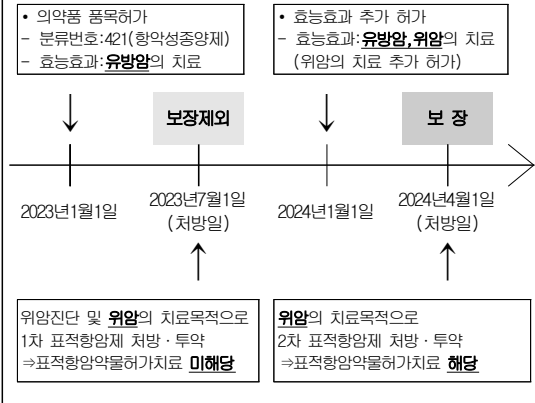
**【표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유
효성 인정 범위】**



⑨ 제4조(암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인
부담 포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우」라
함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는
「표적항암제」를 처방받고 약물이 투입되었을 때
를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제7
조(표적항암약물허가치료를 정의) 제3항에서 정한
「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는
삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로
도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

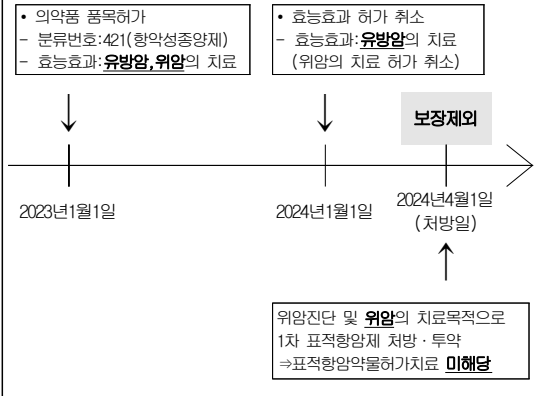
【안전성과 유효성 인정범위 변경(추가)【예시】】

：의약품의 효능효과 추가 허가



【안전성과 유효성 인정범위 변경(삭제)【예시】】

：의약품의 효능효과 허가 취소



⑩ 제4조(암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인 부담 포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「특정면역항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제8조(특정면역항암약물허가치료를의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의 1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별

약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「암 통합치료(주요치료)」를 받기 위해 치료일자 예약 후, 제11조(보험금의 청구) 제1항 제5호에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, 암 통합치료비 보험금의 50%를 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」로 지급할 수 있습니다.

② 제1항의 암 통합치료비 보험금이란 예약된 치료일자의 「암 통합치료(주요치료)」를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제3항에 따라 지급될 것으로 계산한 암 통합치료비를 말합니다.

③ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 총 지급액 한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

④ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」와 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」의 차액을 정산 합니다.

⑤ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 「암 통합치료(주요치료)」를 받지 않거나 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우 또는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우 지체없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

⑥ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한

「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 실제 치료일자까지 기간 상당분의 이자를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 변경 사유와 관계없이 실제 치료일자를 기준으로 이자를 계산합니다.

[7] 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 반환사유 해당여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

[8] 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

[9] 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

[10] 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구할 수 없습니다.

제3조(암(유사암제외), 유사암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

[1] 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

[2] 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

[3] 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생

물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

[4] 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

[5] 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

[6] 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

[7] 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

[8] 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

[9] 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(암 통합치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암 통합치료」라 함은 제2항의 「암 통합치료(주요치료)」 및 제3항의 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」를 총칭합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암 통합치료(주요치료)」라 함은 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
주요치료	암(유사암제외) 수술
	유사암 수술
	암(유사암제외) 항암방사선치료
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료
	암(유사암제외) 항암약물치료
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료

- ① 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우
- ② 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ④ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ⑤ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우
- ⑥ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정

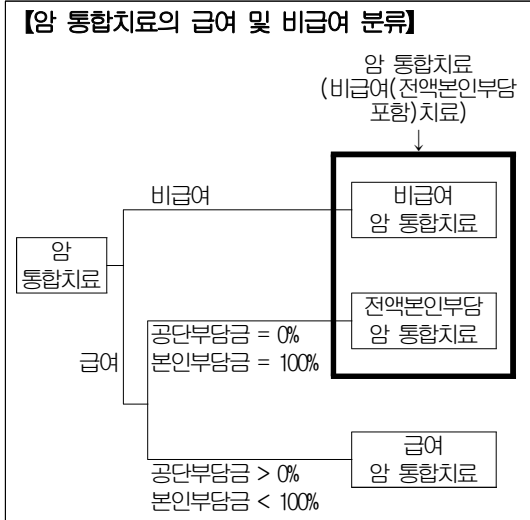
되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

- ③ 이 특별약관에서 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」라 함은 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
비급여(전액본인부담 포함) 치료	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료

- ① 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우
- ② 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우
- ④ 제3항의 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다) 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.
- ⑤ 제3항의 전액본인부담이라 함은 요양급여 또는 의료급여 비용 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.
- ⑥ 제3항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」는 제7조(표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「표적항암약물허가치료」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.
- ⑦ 제3항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제8조(특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「특정면역항암약물허가치료」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.
- ⑧ 제3항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 항

암양성자방사선치료」는 제9조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.



⑨ 「암 통합치료」에 호르몬 관련 치료제는 포함되지 않습니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 「의사」라 함)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

제6조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
 - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조(특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 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 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)】

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포

의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제는 항암제에 특정 암세포의 항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제】

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제는 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 백터를 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, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표45(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐

건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제9조(항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

② 전자기파를 이용한 'X선치료', '감마선치료', '중입자치료' 등은 「항암양성자방사선치료」에 해당되지 않습니다.

제10조(암중점치료기관(상급종합병원 포함)의 정의)

① 이 특별약관에서 암중점치료기관(상급종합병원 포함)은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「지역암센터」 및 「원자력병원」을 총칭합니다. 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료 과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가 업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

③ 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

【암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)】

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

【암관리법 제29조(부속기관의 설치)】

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

④ 「지역암센터」라 함은 암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)에 따라 지역암센터로 지정된 병원을 말합니다.

【암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)】

① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시·도별 지역암센터로 지정할 수 있다.

【지역암센터 지정 현황】

2024.04 기준 15개 시도 13개 지역암센터

지역암센터(병원)			
전북	전북대학교병원	강원	강원대학교병원
전남	화순전남대학교병원	충북	충북대학교병원
경남	경상국립대학교병원	제주	제주대학교병원
부산	부산대학교병원	인천	가천대학교길병원
대전	충남대학교병원	경기	아주대학교병원
대구	칠곡경북대학교병원	울산	울산대학교병원
경북		충남	단국대학교병원

⑤ 「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)에서 정한 한국원자력의학원 원자력병원 및 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)에 따라 정한 동남권원자력의학원 원자력병원을 말합니다.

【방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)】

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 “의학원”이라 한다)을 설립한다.

【방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)】

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

【한국원자력의학원 정관 제3조(소재지)】

의학원은 주된 사무소를 서울특별시에 두고 필요한 곳에 분원, 부설기관, 연락사무소 등을 둘 수 있다.

【한국원자력의학원 정관 제32조의2(동남권원자력의학원)】

① 「방사선이용법」 제13조의3 및 정관 제3조에 의한 의학원의 분원으로 부산광역시 기장군에 동남권원자력의학원(이하 “동남권의학원”이라 한다)을 둔다.

제11조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
단, 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성지방사선치료의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
- ③ 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료의 경우 표적항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉠ 진단명
 - ㉡ 투약한 약제의 제품명
 - ㉢ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉤ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료의 경우 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉠ 진단명
 - ㉡ 투약한 약제의 제품명
 - ㉢ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉤ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ⑤ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구하는 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서, 진료기록부 등
- ⑥ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단

을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

- ⑦ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암 통합치료보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 연체된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암 통합치료보장개시일을 적용합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입연체 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입연체) 및 제29조(납입연체에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-75. 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 특정항암호르몬약물허가치료비
- ② 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비

제2조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유는 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

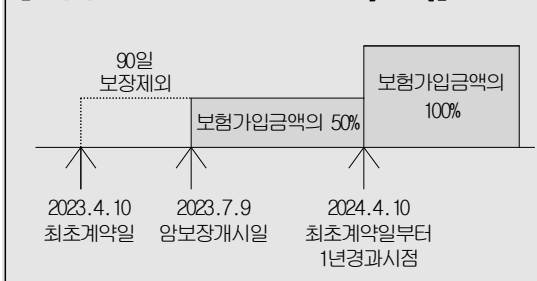
- ① 특정항암호르몬약물허가치료비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
특정항암호르몬약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	특정항암호르몬약물허가치료비보장 보험가입금액의 50%	특정항암호르몬약물허가치료비보장 보험가입금액의 100%

【특정항암호르몬약물허가치료비[예시]】



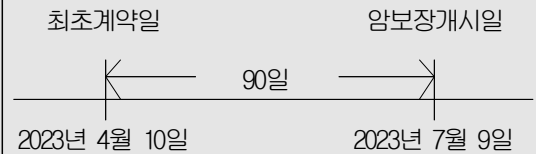
② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신

되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
특정항암호르몬약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	특정항암호르몬약물허가치료비보장 보험가입금액의 100%

③ 이 보장에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】



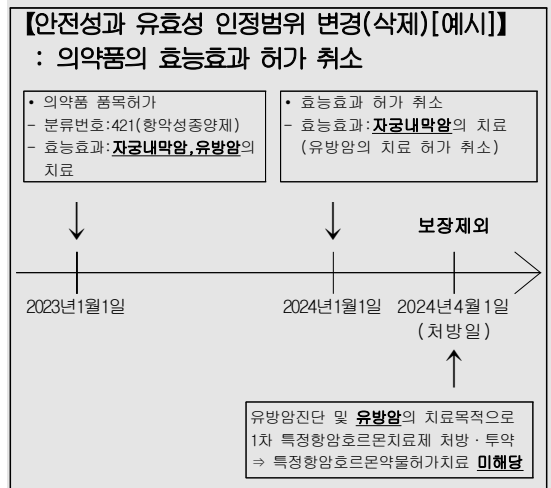
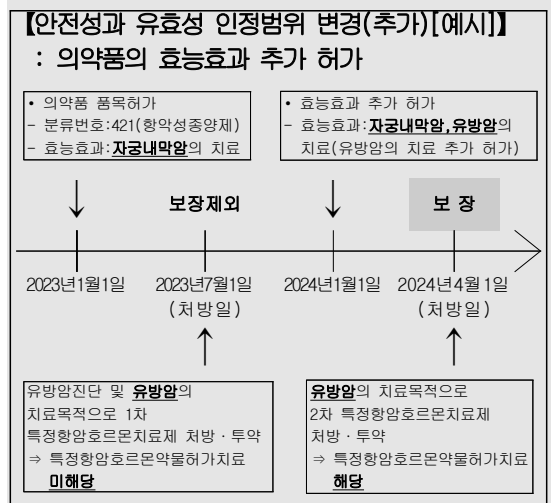
2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1.(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비는 「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 안전성 및 유효성 인정 범위】



② 1.(보험금의 지급사유)의 「특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「특정항암호르몬치료제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 4.(특



③ 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태,

Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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 없
는 경우

4 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

4. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 보장에서 「특정항암호르몬치료제」란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항암성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우, 개정 이전의 "항암성종양제"에 상응하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 8월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표44(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 보장에서 「특정항암호르몬약물허가치료」라 함은 5.(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

5. (항암약물치료의 정의)

이 보장에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

6. (보장의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

7. (보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이

보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

8.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

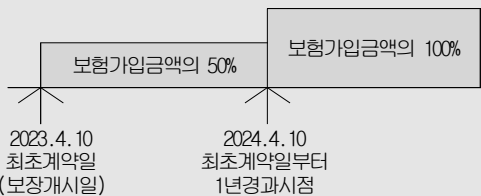
② 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「갑상선암」의 치료를 목적으로 수술 후 「갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
갑상선암 수술후 호르몬약물 허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	갑상선암수술후 호르몬약물 허가치료비보장 보험가입금액의 50%	갑상선암수술후 호르몬약물 허가치료비보장 보험가입금액의 100%

【갑상선암수술후호르몬약물허가치료비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아

래의 금액을 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
갑상선암수술후 호르몬약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	갑상선암수술후 호르몬약물허가치료비 보장 보험가입금액의 100%

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1.(보험금의 지급사유)의 「갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「갑상선암」으로 수술을 받고, 그 결과로 인한 갑상선 기능 부전이나 갑상선암 재발 억제 등의 목적으로 「갑상선 호르몬치료제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 4.(갑상선 호르몬치료제 및 갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

② 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3.(갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 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 하며, 이 경우 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

4.(갑상선 호르몬치료제 및 갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 보장에서 「갑상선 호르몬치료제」란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「243(갑상선, 부갑상선 호르몬제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우, 개정 이전의 "갑상선, 부갑상선호르몬제"에 상응하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 갑상선 호르몬 약제를 말합니다.

【갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

갑상선 호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 8월 기준 갑상선 호르몬 치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표 46(갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)】**에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 보장에서 「갑상선암 수술후 호르몬약물허가 치료」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「갑상선암」 수술 후 치료 또는 재발 억제 등의 목적으로 제1항에서 정한 「갑상선 호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「갑상선 호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「갑상선 호르몬치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

5.(수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 채액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
- ⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

6.(보장의 소멸)

- ① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암수술 후호르몬약물허가치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 특정호르몬약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명 및 수술명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과

범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

㉡ 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부, 갑상선암 수술후 기능부전 또는 재발 억제 관련성 여부)

㉢ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

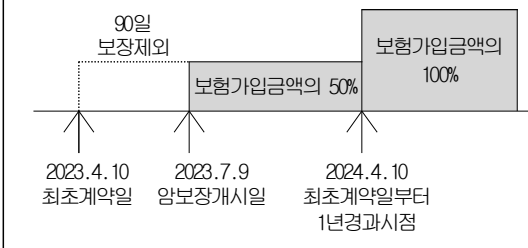
2-76. 갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
특정항암호르몬약물 허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【특정항암호르몬약물허가치료비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

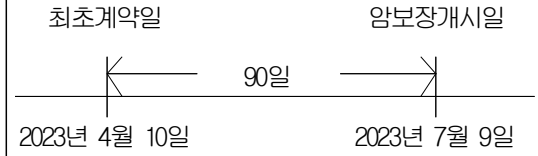
구 분	지급금액
특정항암호르몬약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다.

을날을 말합니다. 다만, 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

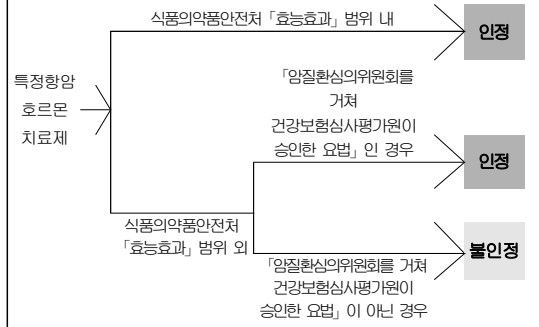
【암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비는 「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 안전성 및 유효성 인정 범위】



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우」라 함은 「특정항암호르몬치료제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우, 개정 이전의 "항악성종양제"에 상응하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 8월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표44(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)】**에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건 의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비 등))
- ③ 특정호르몬약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡진단명
 - ㉢투약한 약제의 제품명
 - ㉣식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인

한 요법」 사용 여부

㉞ 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)

㉟ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 무효)

[1] 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

[2] 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하

여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-77. 갱신형 암 통합치료비II(비급여(전액본인부담 포함))보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」 또는 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(특정치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비II(비급여(전액본인부담 포함))(이하 「암 통합치료비」라 합니다)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

<보험가입금액 4,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	50만원	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	50만원	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	50만원	100만원

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
특정 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	50만원	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원

<보험가입금액 7,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	375만원	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	75만원	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	375만원	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	75만원	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	375만원	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	75만원	150만원

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
특정 치료	비급여(전액본인부 담 포함) 암(특정 암제외) 다빈치로 봇수술	연간 1회한	375만원	750만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	75만원	150만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 표적항암 약물허가치료	연간 1회한	1,000만원	2,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 특정면역 항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원	2,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 항암양성 자방사선치료	연간 1회한	1,000만원	2,000만원

<보험가입금액 1억원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
주요 치료	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 수술	수술 1회당	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	100만원	200만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 항암방사 선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암방사선치료	연간 1회한	100만원	200만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암약물치료	연간 1회한	100만원	200만원

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
특정 치료	비급여(전액본인부 담 포함) 암(특정 암제외) 다빈치로 봇수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	100만원	200만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 표적항암 약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 특정면역 항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 항암양성 자방사선치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원

② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암 통합치료 비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비로 지급합니다.

<보험가입금액 4,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선 치료	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선 치료	연간 1회한	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물 치료	연간 1회한	100만원

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
특정 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,000만원

<보험가입금액 7,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선 치료	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항 암방사선치료	연간 1회한	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치 료	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항 암약물치료	연간 1회한	150만원
특정 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	2,000만원

<보험가입금액 1억원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선 치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항 암방사선치료	연간 1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치 료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항 암약물치료	연간 1회한	200만원
특정 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	3,000만원

[3] 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」 이란 아래의 질병을 말합니다.

통합치료항목		대상질병
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암 (유사암제외) 수술	암(유사암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 유사 암 수술	유사암
	비급여(전액본인부담 포함) 암 (유사암제외) 항암방사선치료	암(유사암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 기타 피부암 및 갑상선암 항암방사선 치료	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 암 (유사암제외) 항암약물치료	암(유사암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 기타 피부암 및 갑상선암 항암약물치 료	기타피부암 및 갑상선암

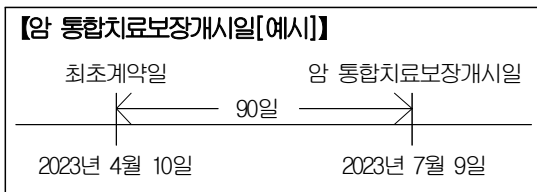
통합치료항목		대상질병
특정 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암 (특정암제외) 다빈치로봇수술	암(특정암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 특정 암 다빈치로봇수술	특정암
	비급여(전액본인부담 포함) 표적 항암약물허가치료	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 특정 면역항암약물허가치료	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암 양성지방사선치료	

④ 제1항의 암 통합치료비 연간 총 지급액은 아래의 금액을 한도로 합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	연간 총 지급액 한도	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
「암 통합치료」를 받 은 경우	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암 통합치료비 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 통합치료보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암 통합치료보장개시일로 합니다.



⑦ 제1항부터 제2항, 제4항 및 제5항의 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암

방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」을 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」을 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

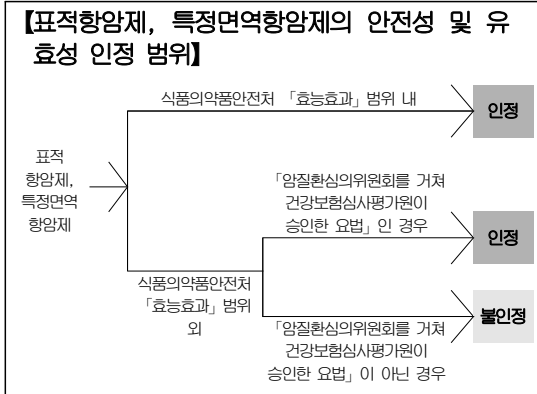
⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

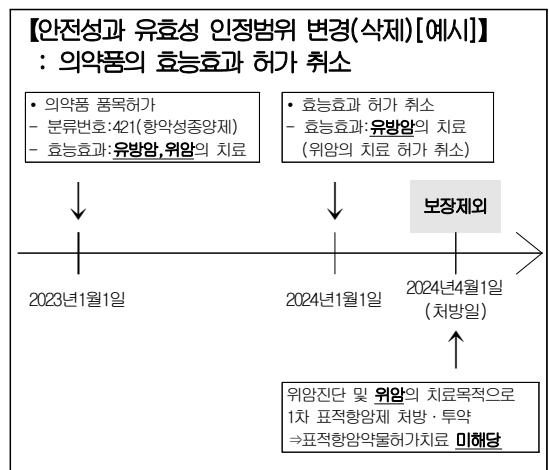
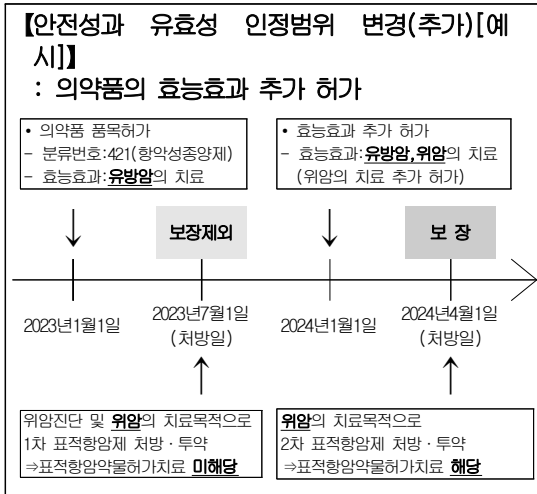
⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성지방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성지방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑩ 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」로 인한 암 통합치료비는 각각 표적항암제 또는 특정면역항암제를 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.



11 제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암 약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「표적항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방 일자를 기준으로 합니다. 제8조(표적항암약물허가 치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



12 제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역 항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「특정면역항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제9조(특정면역 항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

13 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의 1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」를 받기 위해 치료일자 예약 후, 제11조(보험금의 청구) 제1항 제5호에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, 암 통합치료비 보험금의 50%를 「선지급 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비(주요치료)」(이하 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」라 합니다)로 지급할 수 있습니다.

2 제1항의 암 통합치료비 보험금이란 예약된 치료 일자의 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제4항에 따라 지급될 것으로 계산한 암 통합치료비를 말합니다.

③ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 총 지급액 한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

④ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」와 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」의 차액을 정산 합니다.

⑤ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 「암 통합치료(주요치료)」를 받지 않거나 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우 또는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우 지체없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

⑥ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 실제 치료일자까지 기간 상당분의 이자를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 변경사유와 관계없이 실제 치료일자를 기준으로 이자를 계산합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 반환사유 해당여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급

암 통합치료비(주요치료)」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구할 수 없습니다.

제3조(암(유사암제외), 암(특정암제외), 유사암, 특정암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(특정암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식

불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑨ 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑩ 제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제9항에 따른 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

⑪ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단

확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료」라 함은 제2항의 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」 및 제3항의 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(특정치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
주요치 료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료

- ① 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술」을 받은 경우
- ② 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술」을 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」를 받은 경우
- ④ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여

(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」를 받은 경우

- ⑤ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료」를 받은 경우
- ⑥ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(특정치료)」라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
특정치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료

- ① 「암(특정암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」을 받은 경우
 - ② 「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」을 받은 경우
 - ③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우
 - ④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우
 - ⑤ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우
- ⑥ 제2항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술」은 「암(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우로 직접적으로 「암(유사암제외)」을 제거하거나 「암

(유사암제외)」의 증식을 억제하는 수술을 말합니다.

- ⑦ 제2항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술」은 「유사암」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우로 직접적으로 「유사암」을 제거하거나 「유사암」의 증식을 억제하는 수술을 말합니다.
- ⑧ 제2항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」는 「암(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑨ 제2항 제4호의 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑩ 제2항 제5호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료」는 「암(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑪ 제2항 제6호의 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑫ 제3항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」은 제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 「암(특정암제외) 다빈치로봇수술」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑬ 제3항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」은 제7조(다빈치로봇 암수술

의 정의)에서 정한 「특정암 다빈치로봇수술」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

14 제3항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」는 제8조(표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「표적항암약물허가치료」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

15 제3항 제4호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제9조(특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「특정면역항암약물허가치료」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

16 제3항 제5호의 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」는 제10조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.



17 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료」에 호르몬 관련 치료제는 포함되지 않습니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라

없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

제6조(항암방사선·약물치료의 정의)

1 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 쉐리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(특정암제외) 다빈치로봇수술」이란 「암(특정암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「특정암 다빈치로봇수술」이란 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「다빈치로봇 암수술」이란 「암(특정암제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 의료행위 수가코드에 해당하는 「수술」 중 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

대 상 항 목	의료행위 수가코드
로봇 보조 수술	QZ966

【다빈치로봇 암수술】

다빈치로봇 암수술이란 「암(특정암제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.

(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기 기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

④ 제3항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술 기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 암수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「다빈치로봇 암수술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제8조(표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안정성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안정성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제9조(특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항암성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항암성종양제」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 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)】

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역

관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 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, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표45(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요

양기관에 한합니다.)」으로 사용된 경우

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제10조(항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행되는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

② 전자기파를 이용한 'X선치료', '감마선치료', '중입자치료' 등은 「항암양성자방사선치료」에 해당되지 않습니다.

제11조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

1. 비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술의 경우 : 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 포함

2. 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요조건을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암암물허가치료의 경우 표적항암암물허가치료 증명서

④ 표적항암암물허가치료 진단서 또는 표적항암암물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

㉠ 진단명

㉡ 투약한 약제의 제품명

㉢ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법 사용 여부

㉤ 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암암물허가치료의 경우 특정면역항암암물허가치료 증명서

⑤ 특정면역항암암물허가치료 진단서 또는 특정면역항암암물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

㉠ 진단명

㉡ 투약한 약제의 제품명

㉢ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법 사용 여부

㉤ 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

⑤ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구하는 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서, 진료기록부 등

⑥ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

⑦ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제12조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암 통합치료보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하여 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암 통합치료보장개시일을 적용합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-78. 갱신행 암

통합치료비II(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」 또는 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(특정치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비II(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))(이하 「암 통합치료비」라 합니다)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

<보험가입금액 4,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	50만원	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	50만원	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	50만원	100만원

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
특정 치료	비급여(전액본인부 담 포함) 암(특정 암제외) 다빈치로 봇수술	연간 1회한	250만원	500만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	50만원	100만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 표적항암 약물허가치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 특정면역 항암약물허가치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 항암양성 자방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
특정 치료	비급여(전액본인부 담 포함) 암(특정 암제외) 다빈치로 봇수술	연간 1회한	375만원	750만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	75만원	150만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 표적항암 약물허가치료	연간 1회한	1,000만원	2,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 특정면역 항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원	2,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 항암양성 자방사선치료	연간 1회한	1,000만원	2,000만원

<보험가입금액 7,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
주요 치료	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 수술	수술 1회당	375만원	750만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	75만원	150만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 항암방사 선치료	연간 1회한	375만원	750만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암방사선치료	연간 1회한	75만원	150만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	375만원	750만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암약물치료	연간 1회한	75만원	150만원

<보험가입금액 1억원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
주요 치료	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 수술	수술 1회당	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	100만원	200만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 항암방사 선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암방사선치료	연간 1회한	100만원	200만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암약물치료	연간 1회한	100만원	200만원

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
특정 치료	비급여(전액본인부 담 포함) 암(특정 암제외) 다빈치로 봇수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	100만원	200만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 표적항암 약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 특정면역 항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 항암양성 지방사선치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원

② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신 되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암 통합치료 비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비로 지급합니다.

<보험가입금액 4,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선 치료	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	100만원

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
특정 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성지방사선치료	연간 1회한	1,000만원

<보험가입금액 7,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선 치료	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	750만원
특정 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성지방사선치료	연간 1회한	2,000만원

<보험가입금액 1억원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선 치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	200만원
특정 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성지방사선치료	연간 1회한	3,000만원

③ 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

통합치료항목		대상질병
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	암(유사암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	유사암
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료	암(유사암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	암(유사암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	기타피부암 및 갑상선암

통합치료항목		대상질병
특정 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	암(특정암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	특정암
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성지방사선치료	

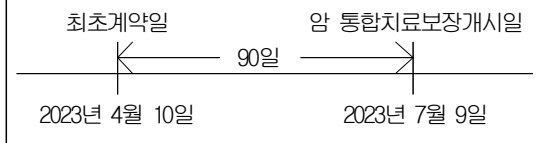
④ 제1항의 암 통합치료비 연간 총 지급액은 아래의 금액을 한도로 합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	연간 총 지급액 한도	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
「암 통합치료」를 받은 경우	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암 통합치료비 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 통합치료보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암 통합치료보장개시일로 합니다.

[암 통합치료보장개시일(예시)]



⑦ 제1항부터 제2항, 제4항 및 제5항의 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관

(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」을 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

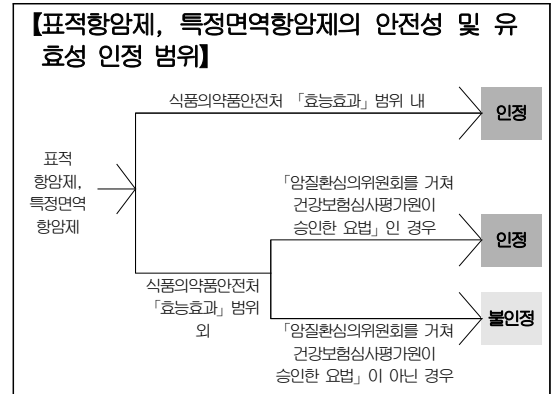
⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」을 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

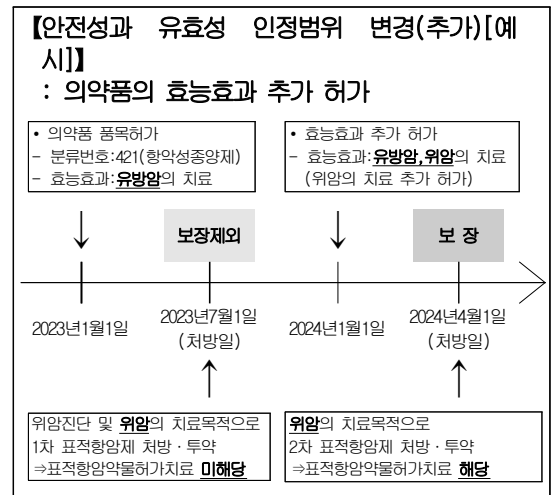
⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

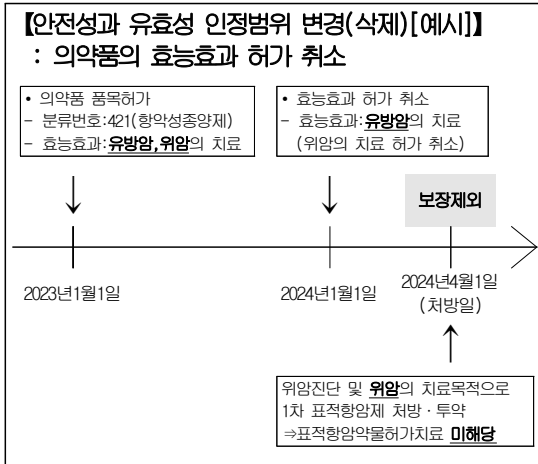
⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

⑩ 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」로 인한 암 통합치료비는 각각 표적항암제 또는 특정면역항암제를 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.



⑪ 제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「표적항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제8조(표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





12 제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료의 정의)의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「비급여」 또는 「전액본인부담」에 해당되는 「특정면역항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제9조(특정면역항암약물허가치료를 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

13 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의 1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」를 받기 위해 치료일자 예약 후, 제12조(보험금의 청구) 제1항 제5호에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, 암 통합치료비 보험금의 50%를 「선지급 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비(주요치료)」(이하 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」라 합니다)로 지급할 수 있습니다.

2 제1항의 암 통합치료비 보험금이란 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 예약된 치료일자의 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1

항 및 제4항에 따라 지급될 것으로 계산한 암 통합치료비를 말합니다.

3 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 총 지급액 한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

4 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」와 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」의 차액을 정산 합니다.

5 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 「암 통합치료(주요치료)」를 받지 않거나 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우 또는 제1절 일 반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우 지체없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

6 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구 하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 실제 치료일자까지 기간 상당분의 이자를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 변경 사유와 관계없이 실제 치료일자를 기준으로 이자를 계산합니다.

7 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 반환사유 해당여부 확인을 위해 필요한 범위

내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구할 수 없습니다.

제3조(암(유사암제외), 암(특정암제외), 유사암, 특정암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(특정암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑨ 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑩ 제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제9항에 따른 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

⑪ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이

확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료」라 함은 제2항의 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」 및 제3항의 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(특정치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」라 함은 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
주요치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료

- ① 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술」을 받은 경우
- ② 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술」을 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료

를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」를 받은 경우

④ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」를 받은 경우

⑤ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료」를 받은 경우

⑥ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(특정치료)」라 함은 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
특정치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료

① 「암(특정암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」을 받은 경우

② 「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」을 받은 경우

③ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우

⑤ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우

④ 제1항부터 제3항의 비급여라 함은 「국민건강보

형법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다) 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함을 말합니다.

⑤ 제1항부터 제3항의 전액본인부담이라 함은 요양급여 또는 의료급여 비용 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑥ 제2항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술」은 「암(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우로 직접적으로 「암(유사암제외)」을 제거하거나 「암(유사암제외)」의 증식을 억제하는 수술을 말합니다.

⑦ 제2항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술」은 「유사암」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우로 직접적으로 「유사암」을 제거하거나 「유사암」의 증식을 억제하는 수술을 말합니다.

⑧ 제2항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」는 「암(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑨ 제2항 제4호의 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑩ 제2항 제5호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료」는 「암(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은

경우 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑪ 제2항 제6호의 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

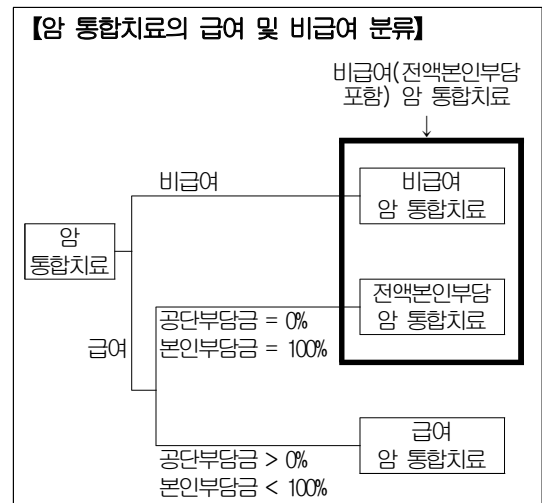
⑫ 제3항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술」은 제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 「암(특정암제외) 다빈치로봇수술」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑬ 제3항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술」은 제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 「특정암 다빈치로봇수술」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑭ 제3항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료」는 제8조(표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「표적항암약물허가치료」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑮ 제3항 제4호의 「비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제9조(특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 「특정면역항암약물허가치료」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑯ 제3항 제5호의 「비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료」는 제10조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중 제4항 및 제5항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.



17 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료」에 호르몬 관련 치료제는 포함되지 않습니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- 1 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- 2 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- 3 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

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

제6조(항암방사선·약물치료의 정의)

- 1 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)

- 1 이 특별약관에서 「암(특정암제외) 다빈치로봇수술」이란 「암(특정암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 경우를 말합니다.
- 2 이 특별약관에서 「특정암 다빈치로봇수술」이란 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 경우를 말합니다.
- 3 이 특별약관에서 「다빈치로봇 암수술」이란 「암(특정암제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 의료행위 수가코드에 해당하는 「수술」 중 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정때 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

대 상 항 목	의료행위 수가코드
로봇 보조 수술	QZ966

【다빈치로봇 암수술】

다빈치로봇 암수술이란 「암(특정암제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

- 4 제3항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술 기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 암수술」을 받은 것으로 봅니다.
- 5 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로

「다빈치로봇 암수술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제8조(표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 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 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은

다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 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 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인 : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인 : 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(융합용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제9조(특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 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 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)】

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제는 항암제에 특정 암세포의 항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제】

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제는 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 백터를 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, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표45(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】**에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안정성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 「안정성과 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
- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제10조(항암양성자방사선치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.
- ② 전자기파를 이용한 「X선치료」, 「감마선치료」, 「중입자치료」 등은 「항암양성자방사선치료」에 해당되지 않습니다.

제11조(암중점치료기관(상급종합병원 포함)의 정의)

- ① 이 특별약관에서 암중점치료기관(상급종합병원 포함)은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「지역암센터」 및 「원자력병원」을 총칭합니다. 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.
- ② 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전

문의를 둘 것

2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

③ 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말한다.

【암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)】

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

【암관리법 제29조(부속기관의 설치)】

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

④ 「지역암센터」라 함은 암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)에 따라 지역암센터로 지정된 병원을 말한다.

【암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)】

① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시·도별 지역암센터로 지정할 수 있다.

【지역암센터 지정 현황】

2024.04 기준 15개 시도 13개 지역암센터

지역암센터(병원)			
전북	전북대학교병원	강원	강원대학교병원
전남	화순전남대학교병원	충북	충북대학교병원
경남	경상국립대학교병원	제주	제주대학교병원
부산	부산대학교병원	인천	가천대학교길병원
대전	충남대학교병원	경기	아주대학교병원
대구	칠곡경북대학교병원	울산	울산대학교병원
경북		충남	단국대학교병원

⑤ 「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)에서 정한 한국원자력의학원 원자력병원 및 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)에 따라 정한 동남권원자력의학원 원자력병원을 말한다.

【방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)】

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 “의학원”이라 한다)을 설립한다.

【방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)】

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

【한국원자력의학원 정관 제3조(소재지)】

의학원은 주된 사무소를 서울특별시에 두고 필요한 곳에 분원, 부설기관, 연락사무소 등을 둘 수 있다.

【한국원자력의학원 정관 제32조의2(동남권원자력의학원)】

① 「방사선이용법」 제13조의3 및 정관 제3조에 의한 의학원의 분원으로 부산광역시 기장군에 동남권원자력의학원(이하 “동남권의학원”이라 한다)을 둔다.

제12조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을

청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 1. 비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술의 경우 : 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 포함
 2. 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성지방사선치료의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료의 경우 표적항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료의 경우 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명

- ㉢ 투약한 약제의 제품명
- ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
- ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
- ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ⑤ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구하는 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서, 진료기록부 등
- ⑥ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ⑦ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암 통합치료보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」, 「암(특정암제외)」, 「유사암」, 「특정암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제14조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암 통합치료보장개시일을 적용합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

**2-79. 갱신형 암 통합치료비(주요치료)
(비급여(전액본인부담 포함))보장
특별약관**

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함))(이하 「암 통합치료비」라 합니다)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

<보험가입금액 3,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	50만원	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	50만원	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	50만원	100만원

<보험가입금액 5,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
주요 치료	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 수술	수술 1회당	375만원	750만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	75만원	150만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 항암방사 선치료	연간 1회한	375만원	750만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암방사선치료	연간 1회한	75만원	150만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	375만원	750만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암약물치료	연간 1회한	75만원	150만원

<보험가입금액 7,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
주요 치료	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 수술	수술 1회당	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	100만원	200만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사암 제외) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암방사선치료	연간 1회한	100만원	200만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사암 제외) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암약물치료	연간 1회한	100만원	200만원

② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신 되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암 통합치료 비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비로 지급합니다.

<보험가입금액 3,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선 치료	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항 암방사선치료	연간 1회한	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치 료	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항 암약물치료	연간 1회한	100만원

<보험가입금액 5,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
주 요 치 료	비급여(전액본인부담 포 함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	750만원
	비급여(전액본인부담 포 함) 유사암 수술	수술 1회당	150만원
	비급여(전액본인부담 포 함) 암(유사암제외) 항 암방사선치료	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포 함) 기타피부암 및 갑상 선암 항암방사선치료	연간 1회한	150만원
	비급여(전액본인부담 포 함) 암(유사암제외) 항 암약물치료	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포 함) 기타피부암 및 갑상 선암 항암약물치료	연간 1회한	150만원

<보험가입금액 7,000만원>

통합치료항목	지급 횟수	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	200만원
비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선 치료	연간 1회한	1,000만원
주요 치료 비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	200만원
비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	1,000만원
비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	200만원

[3] 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」 이란 아래의 질병을 말합니다.

통합치료항목	대상질병
비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	암(유사암제외)
비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	유사암
비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료	암(유사암제외)
주요 치료 비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	기타피부암 및 갑상선암
비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	암(유사암제외)
비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	기타피부암 및 갑상선암

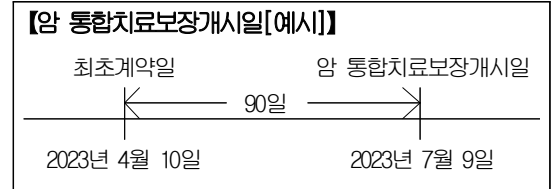
[4] 제1항의 암 통합치료비 연간 총 지급액은 아래의 금액을 한도로 합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」 이란 함은 최초계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	연간 총 지급액 한도	
	최초계약일로부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일로부터 1년 경과시점 이후
「암 통합치료」를 받은 경우	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

[5] 제4항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신

되는 경우 암 통합치료비 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 합니다.

[6] 이 특별약관에서 「암 통합치료보장개시일」 이란 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암 통합치료보장개시일로 합니다.



[7] 제1항부터 제2항, 제4항 및 제5항의 「연간」 이란 함은 최초계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

[1] 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

[2] 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

[3] 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

[4] 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료를 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

[5] 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의 1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」를 받기 위해 치료일자 예약 후, 제7조(보험금의 청구) 제1항 제3호에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, 암 통합치료비 보험금의 50%를 「선지급 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비(주요치료)」(이하 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」라 합니다)로 지급할 수 있습니다.

② 제1항의 암 통합치료비 보험금이란 예약된 치료일자의 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제4항에 따라 지급될 것으로 계산한 암 통합치료비를 말합니다.

③ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 총 지급액 한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

④ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」와 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」의 차액을 정산 합니다.

⑤ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 「암 통합치료(주요치료)」를 받지 않거나 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우 또는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우 지체없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

⑥ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구

하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」지급일로부터 실제 치료일자까지 기간 상당분의 이자를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 변경사유와 관계없이 실제 치료일자를 기준으로 이자를 계산합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」반환사유 해당여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구할 수 없습니다.

제3조(암(유사암제외), 유사암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단

확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
주요치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료

- ① 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술」을 받은 경우
- ② 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술」을 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」를 받은 경우
- ④ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」를 받은 경우
- ⑤ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료」를 받은 경우

경우

- ⑥ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우

② 제1항의 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다) 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

③ 제1항의 전액본인부담이라 함은 요양급여 또는 의료급여 비용 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 제1항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술」은 「암(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우로 직접적으로 「암(유사암제외)」을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술을 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술」은 「유사암」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우로 직접적으로 「유사암」을 제거하거나 「유사암」의 증식을 억제하는 수술을 말합니다.

⑥ 제1항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」는 「암(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

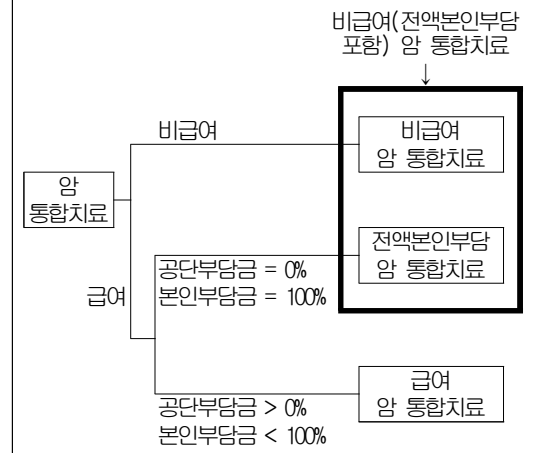
⑦ 제1항 제4호의 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부

수적인 행위는 제외됩니다.

⑧ 제1항 제5호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료」는 「암(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑨ 제1항 제6호의 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

【암 통합치료의 급여 및 비급여 분류】



⑩ 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요 치료)」에 호르몬 관련 치료제는 포함되지 않습니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의

병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 채액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
- ⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

제6조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 쉐리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구하는 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서, 진료기록부 등

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암 통합치료보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특

별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암 통합치료보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-80. 갱신형 암 통합치료비(주요치료) (비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))(이하 「암 통합치료비」라 합니다)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

<보험가입금액 3,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	50만원	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	50만원	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	250만원	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	50만원	100만원

<보험가입금액 5,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
주요 치료	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 수술	수술 1회당	375만원	750만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	75만원	150만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 항암방사 선치료	연간 1회한	375만원	750만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암방사선치료	연간 1회한	75만원	150만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 항암약물 치료	연간 1회한	375만원	750만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암약물치료	연간 1회한	75만원	150만원

<보험가입금액 7,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액	
			최초계약일 부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년 경과시점 이후
주요 치료	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사 암제외) 수술	수술 1회당	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	100만원	200만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사암제 외) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암방사선치료	연간 1회한	100만원	200만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 암(유사암 제외) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	비급여(전액본인부 담 포함) 기타피부 암 및 갑상선암 항 암약물치료	연간 1회한	100만원	200만원

② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신 되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암 통합치료 비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 아래의 통합치료항목별 지급금액을 암 통합치료비로 지급합니다.

<보험가입금액 3,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선 치료	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항 암방사선치료	연간 1회한	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치 료	연간 1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항 암약물치료	연간 1회한	100만원

<보험가입금액 5,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선 치료	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항 암방사선치료	연간 1회한	150만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치 료	연간 1회한	750만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항 암약물치료	연간 1회한	150만원

<보험가입금액 7,000만원>

통합치료항목		지급 횟수	지급금액
주요 치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	수술 1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	수술 1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선 치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	200만원

[3] 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」 이란 아래의 질병을 말합니다.

통합치료항목	대상질병
비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술	암(유사암제외)
비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술	유사암
비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료	암(유사암제외)
비급여(전액본인부담 포함) 기타 피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	기타피부암 및 갑상선암
비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료	암(유사암제외)
비급여(전액본인부담 포함) 기타 피부암 및 갑상선암 항암약물치료	기타피부암 및 갑상선암

[4] 제1항의 암 통합치료비 연간 총 지급액은 아래의 금액을 한도로 합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」 이란 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

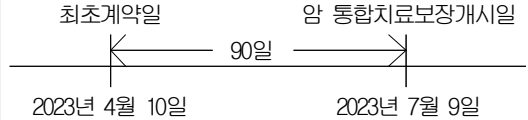
구 분	연간 총 지급액 한도	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
「암 통합치료」를 받은 경우	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

[5] 제4항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암 통합치료비 연간 총 지급액은 보험가

입금액을 한도로 합니다.

[6] 이 특별약관에서 「암 통합치료보장개시일」 이란 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암 통합치료보장개시일로 합니다.

【암 통합치료보장개시일(예시)】



[7] 제1항부터 제2항, 제4항 및 제5항의 「연간」 이란 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

[1] 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

[2] 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

[3] 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

[4] 피보험자가 연간 1년 이내에 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 각각 다른 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료에 한하여 1회의 암 통합치료비만 지급합니다.

[5] 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에

정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의 1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 통합치료보장개시일 이후 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」를 받기 위해 치료일자 예약 후, 제8조(보험금의 청구) 제1항 제3호에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, 암 통합치료비 보험금의 50%를 「선지급 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비(주요치료)」(이하 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」라 합니다)로 지급할 수 있습니다.

② 제1항의 암 통합치료비 보험금이란 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 예약된 치료일자의 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제4항에 따라 지급될 것으로 계산한 암 통합치료비를 말합니다.

③ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 총 지급액 한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

④ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」와 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」의 차액을 정산 합니다.

⑤ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 이후 「암 통합치료(주요치료)」를 받지 않거나 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」로 인한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우 또는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우 지체없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」

및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

⑥ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」지급일로부터 실제 치료일자까지 기간 상당분의 이자를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 변경사유와 관계없이 실제 치료일자를 기준으로 이자를 계산합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」반환사유 해당여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구할 수 없습니다.

제3조(암(유사암제외), 유사암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상

태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질

병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」라 함은 암중점치료기관(상급종합병원 포함)에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목	
주요치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술
	비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료
	비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료
	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료

- ① 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술」을 받은 경우
- ② 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술」을 받은 경우
- ③ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」를 받

은 경우

- ④ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」를 받은 경우
- ⑤ 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료」를 받은 경우
- ⑥ 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우

② 제1항의 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다) 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

③ 제1항의 전액본인부담이라 함은 요양급여 또는 의료급여 비용 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 제1항 제1호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술」은 「암(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우로 직접적으로 「암(유사암제외)」을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술을 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의 「비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술」은 「유사암」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우로 직접적으로 「유사암」을 제거하거나 「유사암」의 증식을 억제하는 수술을 말합니다.

⑥ 제1항 제3호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」는 「암(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료」에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

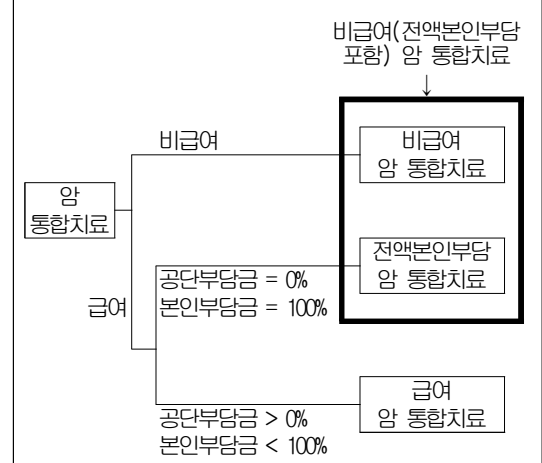
⑦ 제1항 제4호의 「비급여(전액본인부담 포함) 기

타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑧ 제1항 제5호의 「비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료」는 「암(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑨ 제1항 제6호의 「비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우 중 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

【암 통합치료의 급여 및 비급여 분류】



⑩ 「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요 치료)」에 호르몬 관련 치료제는 포함되지 않습니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 억제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 억제 등을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고

인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

제6조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다

만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(암중점치료기관(상급종합병원 포함)의 정의)

① 이 특별약관에서 암중점치료기관(상급종합병원 포함)은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「지역암센터」 및 「원자력병원」을 총칭합니다. 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

③ 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

【암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)】

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

【암관리법 제29조(부속기관의 설치)】

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

④ 「지역암센터」라 함은 암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)에 따라 지역암센터로 지정된 병원을 말한다.

【암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)】

① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시·도별 지역암센터로 지정할 수 있다.

【지역암센터 지정 현황】

2024.04 기준 15개 시도 13개 지역암센터

지역암센터(병원)			
전북	전북대학교병원	강원	강원대학교병원
전남	화순전남대학교병원	충북	충북대학교병원
경남	경상국립대학교병원	제주	제주대학교병원
부산	부산대학교병원	인천	가천대학교길병원
대전	충남대학교병원	경기	아주대학교병원
대구	칠곡경북대학교병원	울산	울산대학교병원
경북		충남	단국대학교병원

⑤ 「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)에서 정한 한국원자력의학원 원자력병원 및 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)에 따라 정한 동남권원자력의학원 원자력병원을 말한다.

【방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)】

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 “의학원”이라 한다)을 설립한다.

【방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)】

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

【한국원자력의학원 정관 제3조(소재지)】

의학원은 주된 사무소를 서울특별시에 두고 필요한 곳에 분원, 부설기관, 연락사무소 등을 둘 수

있다.

【한국원자력의학원 정관 제32조의2(동남권원자력의학원)】

① 「방사선이용법」 제13조의3 및 정관 제3조에 의한 의학원의 분원으로 부산광역시 기장군에 동남권원자력의학원(이하 “동남권의학원”이라 한다)을 둔다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 「선지급 암 통합치료비(주요치료)」를 청구하는 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서, 진료 기록부 등
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암 통합치료보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무

효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암 통합치료보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

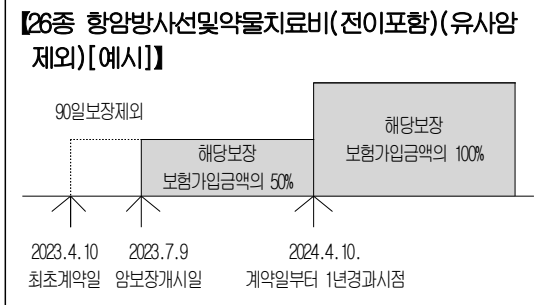
2-81. 갱신형 26종 항암방사선및약물치료비 (전이포함)(유사암제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

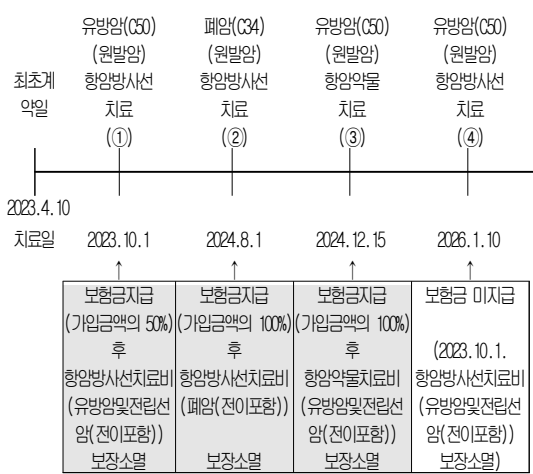
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 【별표47(암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표)】에서 정한 「암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 항암방사선약물치료구분 및 암종구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초1회에 한하여 26종 항암방사선및약물치료비(전이포함)(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분 (각각 최초1회에 한하여 지급)		지급금액	
항암 방사선 약물 치료	암종	최초계약일부 터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부 터 1년경과시점 이후
항암 방사선 치료시	두경부암	해당보장 보험가입금액 의 50%	해당보장 보험가입금액 의 100%
	위암과 식도암(전이포함)		
	하부위장관 및 기타소화기암(전이 포함)		
	간담체암(전이포함)		
	폐암(전이포함)		
	기타 호흡기 및 흉곽암(전이포함)		
	유방암 및 전립선암(전이포함)		
	생식기관암(전이포 함)		
	신장요로암과 방광암(전이포함)		
	뇌 및 중추신경계암과 인암(전이포함)		
	혈액암		
	기타 특정암(전이포함)		
	림프절 전이암		

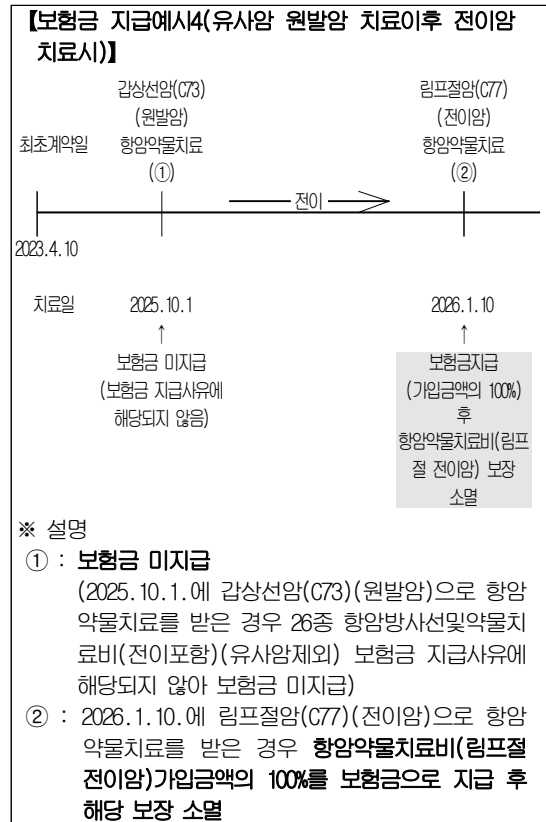
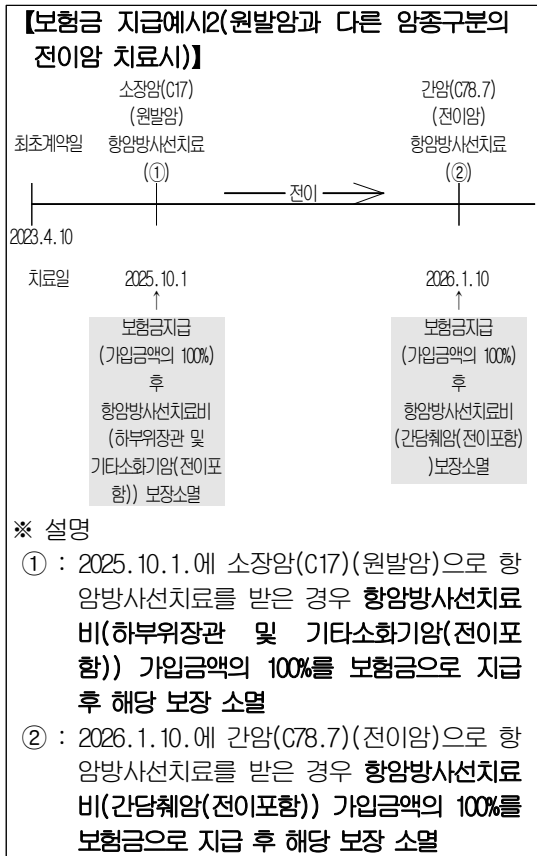
구분 (각각 최초1회에 한하여 지급)		지급금액	
항암 방사선 약물 치료	암종	최초계약일부 터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부 터 1년경과시점 이후
항암 약물 치료시	두경부암	해당보장 보험가입금액 의 50%	해당보장 보험가입금액 의 100%
	위암과 식도암(전이포함)		
	하부위장관 및 기타소화기암(전이 포함)		
	간담체암(전이포함)		
	폐암(전이포함)		
	기타 호흡기 및 흉곽암(전이포함)		
	유방암 및 전립선암(전이포함)		
	생식기관암(전이포 함)		
	신장요로암과 방광암(전이포함)		
	뇌 및 중추신경계암과 안암(전이포함)		
	혈액암		
	기타 특정암(전이포함)		
	림프절 전이암		



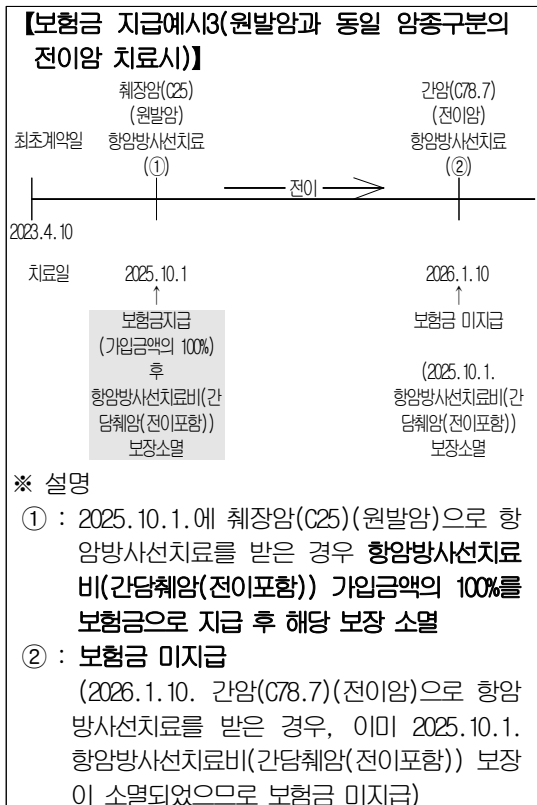
【보험금 지급예시1(동일 암종구분의 원발암 치료 시)】



- ※ 설명
- ① : 2023.10.1.에 유방암(C50)으로 항암방사선 치료를 받은 경우 최초계약일로부터 1년경과시점 전일 이전에 치료받은 것으로, **가입금액의 50%를 보험금으로 지급하고 항암방사선치료비(유방암 및 전립선암(전이포함))보장 소멸**
- ② : 2024.8.1.에 폐암(C34)으로 항암방사선 치료를 받은 경우 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 **항암방사선치료비(폐암(전이포함))보장 소멸**
- ③ : 2024.12.15.에 유방암(C50)으로 항암약물 치료를 받은 경우 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 **항암약물치료비(유방암 및 전립선암(전이포함))보장 소멸**
- ④ : **보험금 미지급**
(이미 2023.10.1.에 항암방사선치료비(유방암 및 전립선암(전이포함)) 보장은 소멸되었으므로, 2026.1.10. 유방암 항암방사선치료 보험금 미지급)
- ※ 위의 예시에서 소멸된 보장 「항암방사선치료비(유방암 및 전립선암(전이포함))」, 항암방사선치료비(폐암(전이포함))」, 항암약물치료비(유방암 및 전립선암(전이포함))」 그 외의 「26종 항암방사선및약물치료비(전이포함)(유사암제외)」 보장 유지

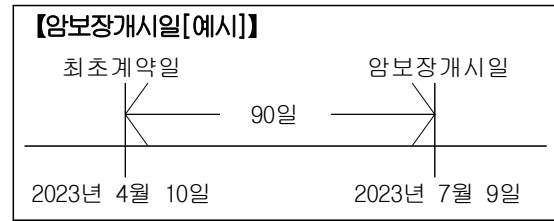


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 26종 항암방사선및항암치료비(전이포함)(유사암제외) 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 항암방사선약물치료구분 및 암종구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 26종 항암방사선및항암치료비(전이포함)(유사암제외)를 지급합니다. 단, 제1항에 따라 26종 항암방사선및항암치료비(전이포함)(유사암제외)가 이미 지급된 항암방사선약물치료구분 및 암종구분에 대하여는 보상하지 않습니다.



구분 (각각 최초1회에 한하여 지급)		지급금액
항암 방사선 약물 치료	암종	
항암 방사선 치료시	두경부암	해당보장 보험가입금액의 100%
	위암과 식도암(전이포함)	
	하부위장관 및 기타소화기암(전이포함)	
	간담체암(전이포함)	
	폐암(전이포함)	
	기타 호흡기 및 흉곽암(전이포함)	
	유방암 및 전립선암(전이포함)	
	생식기관암(전이포함)	
	신장요로암과 방광암(전이포함)	
	뇌 및 중추신경계암과 안암(전이포함)	
	혈액암	
	기타 특정암(전이포함)	
	림프절 전이암	
항암 약물치 료시	두경부암	해당보장 보험가입금액의 100%
	위암과 식도암(전이포함)	
	하부위장관 및 기타소화기암(전이포함)	
	간담체암(전이포함)	
	폐암(전이포함)	
	기타 호흡기 및 흉곽암(전이포함)	
	유방암 및 전립선암(전이포함)	
	생식기관암(전이포함)	
	신장요로암과 방광암(전이포함)	
	뇌 및 중추신경계암과 안암(전이포함)	
	혈액암	
	기타 특정암(전이포함)	
	림프절 전이암	

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)」이라 함은 「두경부암」, 「위암과 식도암(전이포함)」, 「하부위장관 및 기타소화기암(전이포함)」, 「간담체암(전이포함)」, 「폐암(전이포함)」, 「기타 호흡기 및 흉곽암(전이포함)」, 「유방암 및 전립선암(전이포함)」, 「생식기관암(전이포함)」, 「신장요로암과 방광암(전이포함)」, 「뇌 및 중추신경계암과 안암(전이포함)」, 「혈액암」, 「기타 특정암(전이포함)」, 「림프절 전이암」으로 분류되는 질병(【별표47(암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표) 참조】)을 총칭합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 「암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)」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 하며, 이 경우 「암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할

만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 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

④ 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병 이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하지만, 제1항의 「암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)」에는 적용하지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「두경부암」, 「위암과 식도암(전이포함)」, 「하부위장관 및 기타소화기암(전이포함)」, 「간담체암(전이포함)」, 「폐암(전이포함)」, 「기타 호흡기 및 흉곽암(전이포함)」, 「유방암 및 전립선암(전이포함)」, 「생식기관암(전이포함)」, 「신장요로암과 방광암(전이포함)」, 「뇌 및 중추신경계암과 안암(전이포함)」, 「혈액암」, 「기타 특정암(전이포함)」, 「림프절 전이암」으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「두경부암」, 「위암과 식도암(전이포함)」, 「하부위장관 및 기타소화기암(전이포함)」, 「간담체암(전이포함)」, 「폐암(전이포함)」, 「기타 호흡기 및 흉곽암(전이포함)」, 「유방암 및 전립선암(전이포함)」, 「생식기관암(전이포함)」, 「신장요로암과 방광암(전이포함)」, 「뇌 및 중추신경계암과 안암(전이포함)」, 「혈액암」, 「기타 특정암(전이포함)」, 「림프절 전이암」으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 각각 받아 26종 항암방사선및약물치료비(전이포함)(유사암제외)를 각 1회씩 발생가능한 모든 항암방사선약물치료구분 및 암종구분에 대해 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸된 때에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는

그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

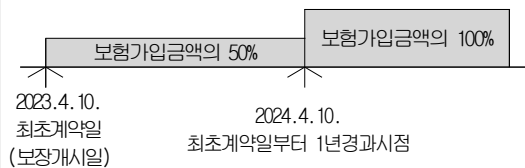
2-82. 갱신형 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선약물치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 「기타피부암」 및 「갑상선암」 각각 최초1회에 한하여 아래의 금액을 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선약물치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분 (각각 최초1회에 한하여 지급)	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
기타피부암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【기타피부암 및 갑상선암 항암방사선약물치료비 [예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선약물치료비 지급사유에 해당된 때에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선약물치료비로 지급합니다. 단, 제1항에 따라 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선약물치료비가 이미 지급된 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대하여는 보상하지 않습니다.

구 분 (각각 최초1회에 한하여 지급)	지급금액
기타피부암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 100%
갑상선암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의

보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험 수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제3항에 따른 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 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「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 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 각 1회씩 총 2회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및

미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-83. 갱신형 암 통합치료 생활비(연간 통합치료 2회이상)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 암(유사암제외) 통합치료 생활비(연간 통합치료 2회이상)
- ② 유사암 통합치료 생활비(연간 통합치료 2회이상)

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- ① 암(유사암제외) 통합치료 생활비(연간 통합치료 2회이상)

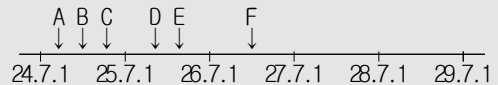
1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 「암(유사암제외) 통합치료」의 「연간 암(유사암제외) 통합치료횟수」가 2회 이상인 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 암(유사암제외) 통합치료 생활비로 지급합니다.

【보험금 지급 예시(가입금액 1,000만원 기준)】

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

- A: 암(유사암제외) 수술
- B: 암(유사암제외) 항암방사선치료
- C: 암(유사암제외) 항암약물치료
- D: 암(유사암제외) 수술
- E: 암(유사암제외) 항암방사선치료
- F: 암(유사암제외) 항암약물치료



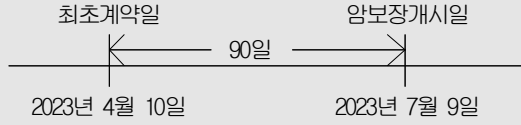
- A : 보험금 미지급(연간 암(유사암제외) 통합치료횟수 1회)
- B : 1,000만원 지급(연간 암(유사암제외) 통합치료횟수 2회)
- C : 보험금 미지급(B에서 이미 지급)
- D : 보험금 미지급(연간 암(유사암제외) 통합치료횟수 1회)
- E : 1,000만원 지급(연간 암(유사암제외) 통합치료횟수 2회)
- F : 보험금 미지급(연간 암(유사암제외) 통합치료횟수 1회)

② 이 보장에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

③ 이 보장에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계

약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】



2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암(유사암제외) 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암(유사암제외) 항암방사선치료에 한하여 「연간 암(유사암제외) 통합치료횟수」를 1회로 산정합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암(유사암제외) 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 암(유사암제외) 항암약물치료에 한하여 「연간 암(유사암제외) 통합치료횟수」를 1회로 산정합니다.

③ 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3.(암(유사암제외) 통합치료의 정의)

① 이 보장에서 「암(유사암제외) 통합치료」라 함은 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목
암(유사암제외) 수술
암(유사암제외) 항암방사선치료
암(유사암제외) 항암약물치료

- ① 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우
- ② 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암(유사암제외) 통합치료」에 호르몬 관련 치료제는 포함되지 않습니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

4.(연간 암(유사암제외) 통합치료횟수의 정의)

① 이 보장에서 「연간 암(유사암제외) 통합치료횟수」라 함은 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 「암(유사암제외) 통합치료」의 통합치료항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

통합치료항목	산정기준
암(유사암제외) 수술	수술 1회당
암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한
암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한

② 「연간 암(유사암제외) 통합치료횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

【연간 암(유사암제외) 통합치료횟수 예시】

예시1) 연간 암(유사암제외) 수술 1회,
암(유사암제외) 항암방사선치료 1회,
암(유사암제외) 항암약물치료 1회 시행한 경우
⇒ 연간 암(유사암제외) 통합치료횟수 : 3회
(1회+1회+1회)

예시2) 연간 암(유사암제외) 수술 2회,
암(유사암제외) 항암방사선치료 0회,
암(유사암제외) 항암약물치료 2회 시행한 경우
⇒ 연간 암(유사암제외) 통합치료횟수 : 3회
(2회+0회+1회)

예시3) 연간 암(유사암제외) 수술 0회,
암(유사암제외) 항암방사선치료 2회,
암(유사암제외) 항암약물치료 3회 시행한 경우
⇒ 연간 암(유사암제외) 통합치료횟수 : 2회
(0회+1회+1회)

5.(보장의 무효)

① 회사는 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 보장을 무효로 하며 이 미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사

는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

6.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

② 유사암 통합치료 생활비(연간 통합치료 2회이상)

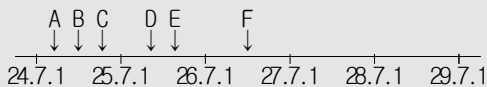
1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 「유사암 통합치료」의 「연간 유사암 통합치료횟수」가 2회 이상인 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 유사암 통합치료 생활비로 지급합니다.

【보험금 지급 예시(가입금액 100만원 기준)】

-최초계약일 : 2024년 7월 1일

A: 유사암 수술
B: 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료
C: 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료
D: 유사암 수술
E: 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료
F: 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료



A : 보험금 미지급(연간 유사암 통합치료횟수 1회)
B : 100만원 지급(연간 유사암 통합치료횟수 2회)
C : 보험금 미지급(B에서 이미 지급)
D : 보험금 미지급(연간 유사암 통합치료횟수 1회)
E : 100만원 지급(연간 유사암 통합치료횟수 2회)
F : 보험금 미지급(연간 유사암 통합치료횟수 1회)

② 이 보장에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료를 한하여 「연간 유사암 통합치료횟수」

를 1회로 산정합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료를 한하여 「연간 유사암 통합치료횟수」를 1회로 산정합니다.

③ 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3.(유사암 통합치료의 정의)

① 이 보장에서 「유사암 통합치료」라 함은 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통합치료항목
유사암 수술
기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료
기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료

- ① 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 「수술」을 받은 경우
- ② 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」를 받은 경우
- ③ 제6조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」를 받은 경우

② 이 보장에서 「통합치료항목별 대상질병」이라 함은 아래의 질병을 말합니다.

통합치료항목	대상질병
유사암 수술	유사암
기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	기타피부암 및 갑상선암
기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	

③ 「유사암 통합치료」에 호르몬 관련 치료제는 포함되지 않습니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

4.(연간 유사암 통합치료횟수의 정의)

① 이 보장에서 「연간 유사암 통합치료횟수」라 함

은 피보험자가 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 「유사암 통합치료」의 통합치료항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

통합치료항목	산정기준
유사암 수술	수술 1회당
기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한
기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한

② 「연간 유사암 통합치료횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

【연간 유사암 통합치료횟수 예시】

- 예시1) 연간 유사암 수술 1회,
기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료 1회,
기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료 1회 시행한 경우
⇒ 연간 유사암 통합치료횟수 : 3회(1회+1회+1회)
- 예시2) 연간 유사암 수술 2회,
기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료 0회,
기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료 2회 시행한 경우
⇒ 연간 유사암 통합치료횟수 : 3회(2회+0회+1회)
- 예시3) 연간 유사암 수술 0회,
기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료 2회,
기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료 3회 시행한 경우
⇒ 연간 유사암 통합치료횟수 : 2회(0회+1회+1회)

제4조(암(유사암제외), 유사암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부

의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 - ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
- ⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

제6조(항암방사선·약물치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-84. 갱신헌 원격전리포함 4기 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 원격전리포함 4기 특정소액암진단비
- ② 원격전리포함 4기 특정소화기암진단비
- ③ 원격전리포함 4기 15대특정암진단비
- ④ 원격전리포함 4기 10대특정암진단비
- ⑤ 원격전리포함 4기 4대고액암진단비

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 원격전리포함 4기 통합암보장 개시일 이후에 「원격전리포함 4기 통합암(유사암제외)」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 암구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 원격전리포함 4기 통합암진단비(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

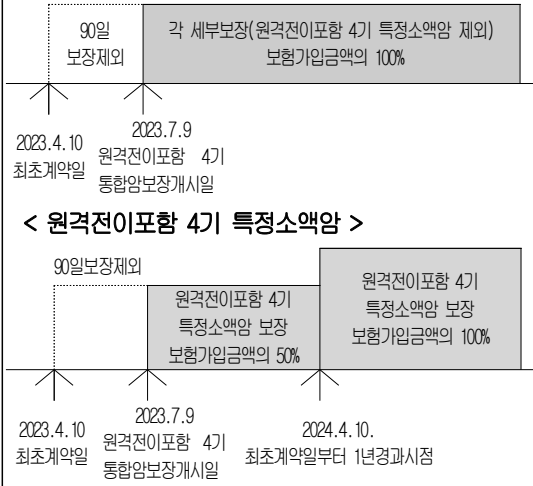
암 구 분	지급금액	
	최초계약일 부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년경과시점 이후
원격전리포함 4기 특정소액암진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액 의 50%	해당보장 보험가입금액 의 100%
원격전리포함 4기 특정소화기암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 100%	
원격전리포함 4기 15대특정암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 100%	
원격전리포함 4기 10대특정암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 100%	
원격전리포함 4기 4대고액암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 100%	

【원격전이포함 4기 통합암진단비(유사암제외)】

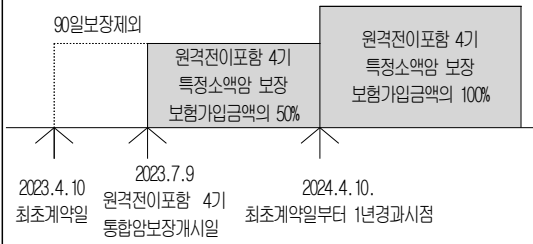
【예시】

< 원격전이포함 4기 통합암(유사암제외)>

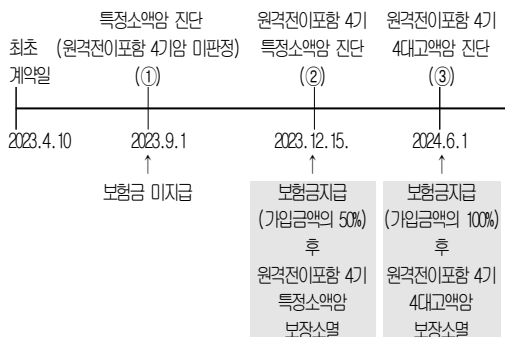
※ 단, 원격전이포함 4기 특정소액암 진단은 제외됩니다.



< 원격전이포함 4기 특정소액암 >



【보험금 지급예시】



※ 설명

- ① : 2023.9.1.에 진단확정된 특정소액암은 「원격전이포함 4기암」으로 판정되지 않아 **보험금 미지급**
- ② : 2023.9.1.에 진단확정된 특정소액암이 2023.12.15.에 원격전이포함 4기 특정소액암으로 진단확정되어 최초계약일로부터 1년경과시점 전일 이전에 진단된 것으로, **원격전이포함 4기 특정소액암보장 가입금액의 50%를 보험금으로 지급하고 해당 원격전이포함 4기 특정소액암 보장 소멸**
- ③ : 2024.6.1.에 진단확정된 원격전이포함 4기 4대고액암은 **원격전이포함 4기 4대고액암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 원격전이포함 4기 4대고액암 보장 소멸**

※ 위의 예시에서 소멸된 보장 「원격전이포함 4기 특정소액암, 원격전이포함 4기 4대고액암」, 유지되는 보장 「원격전이포함 4기 특정소액암, 원격전이포함 4기 4대고액암, 원격전이포함 4기 15대특정암, 원격전이포함 4기 10대특정암」

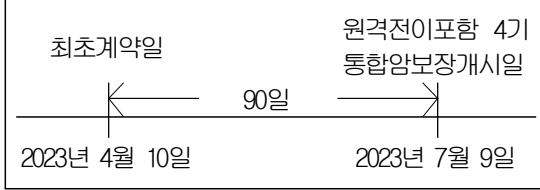
② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「원격전이포함 4기 통합암(유사암제외)」으로 진단확정시에는 보험수익자에게 양구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 원격전이포함 4기 통합암진단비(유사암제외)로 지급합니다. 단, 제1항에 따라 원격전이포함 4기 통합암진단비(유사암제외)가 이미 지급된 양구분에 대하여는 보상하지 않습니다.

암 구 분	지급금액
원격전이포함 4기 특정소액암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 100%
원격전이포함 4기 특정소액암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 100%
원격전이포함 4기 15대특정암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 100%
원격전이포함 4기 10대특정암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 100%
원격전이포함 4기 4대고액암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 원격전이포함 4기 통합암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「원격전이포함 4기 통합암(유사암제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 원격전이포함 4기 통합암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제4항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 원격전이포함 4기 통합암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 원격전이포함 4기 통합암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 원격전이포함 4기 통합암보장개시일로 합니다.

【원격전이포함 4기 통합암보장개시일(예시)】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(원격전이포함 4기 통합암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「원격전이포함 4기 통합암(유사암제외)」이라 함은 「원격전이포함 4기 특정소액암」, 「원격전이포함 4기 특정소화기암」, 「원격전이포함 4기 15대특정암」, 「원격전이포함 4기 10대특정암」, 「원격전이포함 4기 4대고액암」을 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「원격전이포함 4기 특정소액암」, 「원격전이포함 4기 특정소화기암」, 「원격전이포함 4기 15대특정암」, 「원격전이포함 4기 10대특정암」, 「원격전이포함 4기 4대고액암」이라 함은 각각 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특정암」, 「10대특정암」, 「4대고액암」이면서 「원격전이포함 4기암」에 해당하는 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「특정소액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「피부의 악성 흑색종, 유방의 악성 신생물, 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 전립선의 악성 신생물, 고환의 악성 신생물, 신우의 악성 신생물, 요관의 악성 신생물, 방광의 악성 신생물, 진성 적혈구증가증」으로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 특정소액암】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「특정소화기암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「위의 악성 신생물, 결장의 악성 신생물, 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 직장의 악성 신생물, 항문 및 항문관의 악성 신생물, 간 및 간내 담관의 악성 신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 특정소화기암】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「15대특정암」이라 함은 【별표

3(통합암(유사암제외) 분류표)의 15대특정암】에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「10대특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「식도의 악성 신생물, 소장의 악성 신생물, 기관의 악성 신생물, 흉선의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물 및 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 10대특정암】)을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「4대고액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「담낭의 악성 신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물, 췌장의 악성 신생물, 골 및 관절연골의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표3(통합암(유사암제외) 분류표)의 4대고액암】)을 말합니다.

⑧ 제3항부터 제7항까지에서 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「원격전이포함 4기암」이라 함은 아래에 해당하는 경우를 말합니다.

① 「AJCC 암 병기설정 매뉴얼[(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual]」 제8판 병기분류상 「Stage4」에 해당하는 경우

② 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우

⑩ 제9항 제1호에서 「AJCC 암 병기설정 매뉴얼[(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual]」 제8판 병기분류가 개정 등의 사유로 변경된 경우 변경된 병기분류에 따라 적용합니다.

【AJCC 암 병기설정 매뉴얼】

암의 진행상태를 나타내는 국제적인 표준 분류 기준으로, 암의 진행정도를 객관적으로 평가하여 치료 계획을 세우고 예후를 예측하는데 사용되며 기본적으로 TNM 병기분류를 사용합니다.

【TNM 병기분류】

T(primary Tumor. 원발종양의 크기와 침윤정도 및 범위), N(regional lymph Node. 림프절 전이 정도), M(distant Metastasis. 원격전이 여부 및 범위)의 조합 및 원발부위의 위치에 따라 1기(Stage1)부터 4기(Stage4)로 분류되며, 암의 진행정도가 심해질수록 병기 숫자가 올라갑니다.

【원격전이】

AJCC 암 병기설정 매뉴얼에서 정한 “M(distant Metastasis) 1”에 해당하는 경우로, 원발부위(최초 발생한 부위)의 암세포가 혈관이나 림프관을 따라 다른 장기로 퍼지는 것을 말합니다.

11 「원격전이포함 4기 통합암(유사암제외)」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 하며, 이 경우 「원격전이포함 4기 통합암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「원격전이포함 4기 통합암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

12 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「원격전이포함 4기 통합암(유사암제외)」로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제11항에 따른 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

13 제5항에도 불구하고 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초

발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
[단, 사고증명서에 「원격전이포함 4기암」 여부를 확인할 수 있는 내용이 포함되어야 합니다.]
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 원격전이포함 4기 통합암보장개시일의 전일 이전에 「원격전이포함 4기 통합암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을

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

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「원격전이포함 4기 특정소액암」, 「원격전이포함 4기 특정소화기암」, 「원격전이포함 4기 15대특정암」, 「원격전이포함 4기 10대특정암」 또는 「원격전이포함 4기 4대고액암」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「원격전이포함 4기 특정소액암」, 「원격전이포함 4기 특정소화기암」, 「원격전이포함 4기 15대특정암」, 「원격전이포함 4기 10대특정암」 또는 「원격전이포함 4기 4대고액암」으로 각각 진단받아 원격전이포함 4기 통합암진단비(유사암제외)를 각 1회씩 총 5회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸된 때에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 원격전이포함 4기 통합암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9

조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기 환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

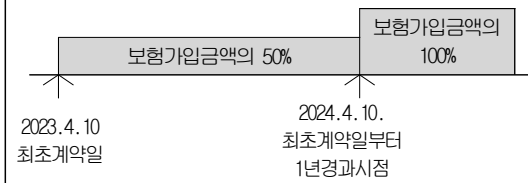
2-85. 갱신형 원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일 부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년경과시점 이후
원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암 진단시(단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암」으로 진단확정 시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 원

격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암」이라 함은 「기타피부암」 또는 「갑상선암」이면서 「원격전이포함 4기암」에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「원격전이포함 4기암」이라 함은 아래에 해당하는 경우를 말합니다.

- ① 「AJCC 암 병기설정 매뉴얼[(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual]」 제8판 병기분류상 「Stage4」에 해당하는 경우
- ② 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우

⑤ 제4항 제1호에서 「AJCC 암 병기설정 매뉴얼[(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual]」 제8판 병기분류가 개정 등의 사유로 변경된 경우 변경된 병기분류에 따라 적용합니다.

【AJCC 암 병기설정 매뉴얼】

암의 진행상태를 나타내는 국제적인 표준 분류 기준으로, 암의 진행정도를 객관적으로 평가하여 치료 계획을 세우고 예후를 예측하는데 사용되며 기본적으로 TNM 병기분류를 사용합니다.

【TNM 병기분류】

T(primary Tumor. 원발종양의 크기와 침윤정도 및 범위), N(regional lymph Node. 림프절 전이 정도), M(distant Metastasis. 원격전이 여부 및 범위)의 조합 및 원발부위의 위치에 따라 1기(Stage1)부터 4기(Stage4)로 분류되며, 암의 진행정도가 심해질수록 병기 숫자가 올라갑니다.

【원격전이】

AJCC 암 병기설정 매뉴얼에서 정한 “M(distant Metastasis) 1”에 해당하는 경우로, 원발부위(최초 발생한 부위)의 암세포가 혈관이나 림프관을 따라 다른 장기로 퍼지는 것을 말합니다.

⑥ 「원격전이포함 4기 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 하며, 이 경우 「원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 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

⑧ 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를

기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
[단, 사고증명서에 「원격전이포함 4기암」 여부를 확인할 수 있는 내용이 포함되어야 합니다.]
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

III. 상해 및 질병 관련 특별약관

3-1. 갱신형 자궁경부원추형절제술치료비 (급여, 연간1회한)보장 특별약관

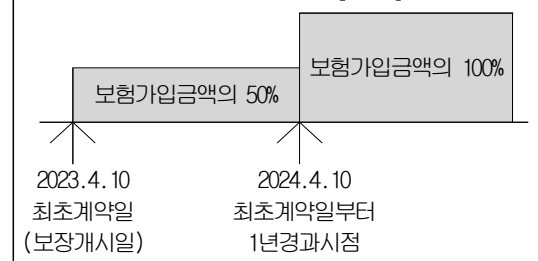
* 이 특별약관은 1형(해약환급금 지급형) 가입시에 한하여 가입가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 「자궁경부원추형절제술 치료(급여)」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 자궁경부원추형절제술 치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
자궁경부원추형절제술(급여)치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【자궁경부원추형절제술치료비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 상해로 인하여 제1항의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 최초계약일로부터 1년경과시점 전일이전에도 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 제1항의 자궁경부원추형절제술치료비로 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 자궁경부원추형절제술치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
자궁경부원추형절제술(급여)치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

④ 제1항 및 제3항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「자궁경부원추형절제술치료(급여)」를 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 자궁경부원추형절제술치료비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(자궁경부원추형절제술치료(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「자궁경부원추형절제술치료(급여)」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비 세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
자궁경부원추형절제술	
가. 수술도이용	R4261
나. 전기루프이용	R4262

② 제1항의 「자궁경부원추형절제술치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호

및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「자궁경부원추형절제술치료(급여)」의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「자궁경부원추형절제술치료(급여)」의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함한다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경

기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 또는 10년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다) 또는 보통약관 보험종료나이까지의 기간이 5년 또는 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그

때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제), 제29조(납입면제에 관한 세부규정) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다.

3-2. 갱신형 장루(인공항문) 조성및폐쇄수술비(급여)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 제3조(장루(인공항문)조성및폐쇄술(급여)의 정의)에서 정한 「장루(인공항문)조성및폐쇄술(급여)」을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 장루(인공항문)조성및폐쇄수술비로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고, 동시에 두 가지 이상의 「장루조성술(급여)」에 해당하는 수가코드를 받거나, 동시에 두 가지 이상의 「장루폐쇄술(급여)」에 해당하는 수가코드를 받은 경우에는 하나의 장루(인공항문)조성및폐쇄수술비만 지급합니다. 단, 「장루조성술(급여)」 및 「장루폐쇄술(급여)」을 동시에 받은 경우에는 각각 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(장루(인공항문)조성및폐쇄술(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「장루(인공항문)조성및폐쇄술(급여)」이라 함은 【별표34(장루(인공항문)조성및폐쇄술(급여) 분류표)】에 해당하는 수술을 말합니다.

② 제1항의 「장루(인공항문)조성및폐쇄술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 보장 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 개정 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준에 준하여 「장루(인공항문)조성및폐쇄술(급여)」를 결정합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함한다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 - ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함한다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 - ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI 코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드

(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

IV. 비용손해 관련 특별약관

4-1. 갱신형 민사소송법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자에게 소송의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 금액을 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구분		보상한도액
소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액 + 송달료	500만원 한도

제2조(소송 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「소송」이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.
- ② 이 특별약관에서 「소송사건」이라 함은 대법원 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

상기 사건별 부호에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 사건별 부호에 따라 보상합니다.

- ③ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.
- ② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.
 - ① 변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙에 정한 변호사비용(【별표36(소송목적의 값에 따른 변호사비용)】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
 - ② 민사소송 등 인지법에 정한 인지액(【별표37(민사소송 등 인지법에 정한 인지액)】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
 - ③ 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료(【별표38(송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
- ③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

【인지액】

법원서비스에 대한 수수료. 소송목적의 값(소가)을 기준으로 산출되며 재산권상의 청구인 경우에는 청구금액을 기준으로, 소가를 산정할 수 없는 경우에는 일정금액으로 산출.

【송달료】

소송상의 서류를 당사자 또는 상대방에게 송달하기 위하여 소요되는 비용. 소장 등을 제출할 때에는 당사자 수에 따른 계산방식에 의한 송달료(우편비용)를 송달료 수납은행(대부분 법원구내 은행)에 납부한 뒤 은행으로부터 교부받는 송달료 납부서를 소장에 첨부하여야 함.

【종국 판결】

소 또는 상소에 의하여 계속된 사건의 전부 또는 일부를 심급으로서 완결하는 판결

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

- ⑤ 제4호 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염
- ⑥ 민사소송법에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
- ⑦ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
- ⑧ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
- ⑨ 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
- ⑩ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
- ⑪ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
- ⑫ 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
- ⑬ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률, 증권관련 집단소송법에 관련된 소송
- ⑭ 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 「의무보험」이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 법률비용
- ⑮ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 의한 소송
- ⑯ 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대방에게 부담하여야 할 소송비용 일체
- ⑰ 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약품의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연

으로 인한 피해로 인한 소송

- ⑱ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송

- ⑲ 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소송의 원인이 되는 사건】

소송의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증 할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

- 채무불이행/부당이득의 경우: 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
- 손해배상의 경우: 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

【연간 하나의 사건】

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제2조(소송 등의 정의) 제2항에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생한 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

【소의 취하】

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】

민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장

심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】

- ① 피보험자의 부모와 양부모
 - ② 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
 - ③ 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
 - ④ 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
 - ⑤ 피보험자의 며느리
 - ⑥ 피보험자의 사위
- ※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

- ① 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
- ② 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
- ③ 소송에 따른 판결이 내려진 경우
- ④ 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서

또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

- ③ 보험금지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자에 시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
- ② 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

제8조(보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

- ② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(조사)

- ① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가 된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제41조(중도인출)은 제외합니다. 또한, 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입면제) 및 제29조(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

V. 별표

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제8조 제5항, 제10조 제3항 및 제38조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
보험금 (보통약관 제1절 일반조항 제3조) (특별약관이 부가된 경우 특별약관의 보험금 포함)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이 율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이 율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이 율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이 율 +가산이율(8.0%)
만기환급금 (보통약관 제1절 일반조항 제10조 제1항) 및 해약환급금 (보통약관 제1절 일반조항 제38조 제1항) (특별약관이 부가된 경우 특별약관의 해약환급금 포함)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	[1형(해약환급금 지급형)] 1년이내 : [보장]공시이율 의 50% [2형(해약환급금 미지급형)] 1년이내 : 평균공시이율의 50% [1형(해약환급금 지급형)] 1년초과기간 : [보장]공시이율 의 40% [2형(해약환급금 미지급형)] 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이 율

- 주) 1. 회사가 만기환급금의 지급시기 도래 7일 이 전에 지급 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 [보장]공시이율을 적용하여 계산한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급

이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 ‘청구일’은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【별표2】

장해분류표

① 총칙

1. 장해의 정의

- 1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 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 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 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 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류

표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가 되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.

- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애인단서에는 ① 장애인단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
- 4) “한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
 - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장애정도를 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(장애인단시 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 컷바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가 하여야 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 큰소

리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

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

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

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
 - 가) 뇌영상검사(CT, MRI)
 - 나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와

아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입을 벌림)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

- 2) "씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 심한 개구(입을 벌림)운동 제한이나 저작(씹기)운동 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 개구(입을 벌림)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하 장애가 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 개구(입을 벌림)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하 장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구(입을 벌림)장애는 턱관절의 이상으로 개구(입을 벌림)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입을 벌림)상태에서 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절

- 치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아 간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
- 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
- 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
- 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에

는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술(반흔(흉터)성형술, 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(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

- 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 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 상하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상하부[인접 상하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「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 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사상에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

- 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정된 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정된 상태
- 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
- 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 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 압박 골절로 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 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사서에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

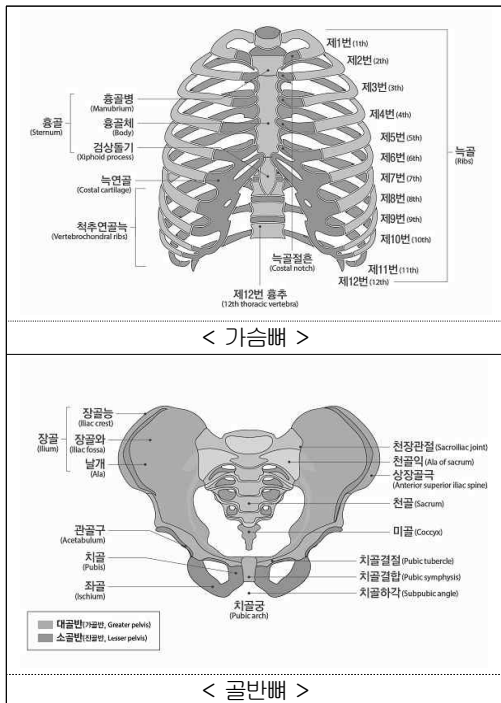
장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로

본다.

- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정 한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남는 때”라 함은 방사선 검사로 측정한 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 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「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 근

전도 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 정상운동범위의 1/4이하로 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 정상운동범위의 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 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) “가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 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 척골중 어느 한 뼈에 가

관절이 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 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 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 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. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) “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) “한다리의 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 관절기능 장애 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「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 정상운동범위의 1/4이하로 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 정상운동범위의 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 정상운동범위의 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^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 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 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

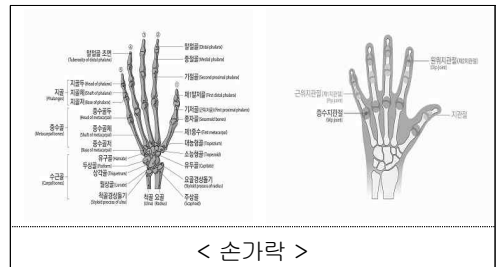
장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) “손가락을 잃었을 때” 라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때” 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 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 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고

펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

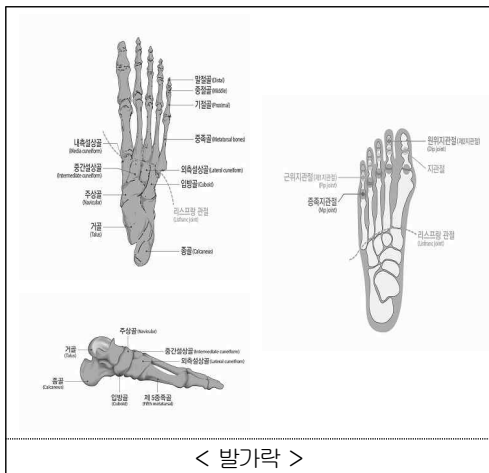
장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “발가락을 잃었을 때” 라 함은 첫째 발가락

에서는 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 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 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 정상운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때” 라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생도록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장 3/4이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로

인공요도괄약근을 설치한 경우

- 5) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 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 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애 평가표”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. 신경계정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) 신경계

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

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때” 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) “정신행동에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적

인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원 약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

- 바) “정신행동에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와의 치료란 3개월 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, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

4) 뇌전증

- 가) “뇌전증”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 뇌전증 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 뇌전증 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 뇌전증 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반

하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

- 사) “경증발작” 이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)

유형	제한정도에 따른 지급률
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유지도뇨관 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	- 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%)
옷입고 벗기	- 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표3】

통합암(유사암제외) 분류표

1. 약관에 규정하는 통합암(유사암제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에 서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

암구분	대 상 질 병	분류번호
특정 소액 암	1. 피부의 악성 흑색종	C43
	2. 유방의 악성 신생물	C50
	3. 자궁경부의 악성 신생물	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물	C54
	5. 전립선의 악성 신생물	C61
	6. 고환의 악성 신생물	C62
	7. 신우의 악성 신생물	C65
	8. 요관의 악성 신생물	C66
	9. 방광의 악성 신생물	C67
	10. 진성 적혈구증가증	D45
특정 소화 기암	1. 위의 악성 신생물	C16
	2. 결장의 악성 신생물	C18
	3. 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	4. 직장의 악성 신생물	C20
	5. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	6. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	7. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
15대 특정 암	1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00-C14
	2. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	
	- 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	- 부비동의 악성 신생물	C31
	- 후두의 악성 신생물	C32
	- 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	- 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	3. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	
	- 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	- 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	4. 여성생식기관의 악성 신생물	
	- 외음의 악성 신생물	C51
	- 질의 악성 신생물	C52
	- 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	- 난소의 악성 신생물	C56
	- 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	- 태반의 악성 신생물	C58
	5. 남성생식기관의 악성 신생물	

	- 음경의 악성 신생물	C60
	- 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63
	6. 요로의 악성 신생물	
	- 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	- 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	7. 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	8. 부신 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C74-C75
	9. 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
	10. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
	11. 골수형성이상증후군	D46
	12. 만성 골수증식질환	D47.1
	13. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	14. 골수섬유증	D47.4
	15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C77-C80
10대 특정 암	1. 식도의 악성 신생물	C15
	2. 소장악성 신생물	C17
	3. 기관의 악성 신생물	C33
	4. 흉선의 악성 신생물	C37
	5. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
	6. 종피종	C45
	7. 카포시육종	C46
	8. 후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
	9. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물	
	- 수막의 악성 신생물	C70
	- 뇌의 악성 신생물	C71
	- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
	10. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	
	- 호지킨림프종	C81
	- 소포성 림프종	C82
	- 비소포성 림프종	C83
	- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
	- 기타 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
	- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
	- 악성 면역증식성 질환	C88
	- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
	- 림프성 백혈병	C91
	- 골수성 백혈병	C92
	- 단핵구성 백혈병	C93
	- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
	- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
	- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

4대 고액 암	1. 담낭의 악성 신생물	C23
	2. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	3. 췌장의 악성 신생물	C25
	4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	
	- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성 신생물	C41

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발

암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

제자리신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	000
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	001
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	002
4. 제자리흑색종	003
5. 피부의 제자리암종	004
6. 유방의 제자리암종	005
7. 자궁경부의 제자리암종	006
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	007
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	009

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	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 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만 세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질

【별표7】

기관(organ)분류표

1. 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

구분	기관(organ)	분류번호
입술 구강 및 인두	1. 입술의 악성 신생물	C00
	2. 혀바닥의 악성 신생물, 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C01,C02
	3. 잇몸의 악성 신생물	C03
	4. 입바닥의 악성 신생물	C04
	5. 구개의 악성 신생물	C05
	6. 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C06,C14
	7. 귀밑샘의 악성 신생물	C07
	8. 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
	9. 편도의 악성 신생물	C09
	10. 입인두의 악성 신생물, 비인두의 악성 신생물, 이상동(梨狀洞)의 악성 신생물, 하인두의 악성 신생물	C10,C11,C12,C13
소화 기관	11. 식도의 악성 신생물	C15
	12. 위의 악성 신생물	C16
	13. 소장(小腸)의 악성 신생물	C17
	14. 결장의 악성 신생물, 직장(直腸)결장접합부의 악성 신생물, 직장(直腸)의 악성신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C18,C19,C20,C26(C26.1제외)
	15. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	16. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	17. 담낭의 악성 신생물	C23
	18. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	19. 췌장의 악성 신생물	C25

구분	기관(organ)	분류번호
호흡기 및 흉곽내 기관	20. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	21. 부비동의 악성 신생물	C31
	22. 후두의 악성 신생물	C32
	23. 기관의 악성 신생물	C33
	24. 기관지 및 폐의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C34,C39
	25. 흉선의 악성 신생물	C37
골 및 관절 연골	26. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	27. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40,C41
흑색종 및 기타피 부	28. 피부의 악성 흑색종, 기타 피부의 악성 신생물	C43,C44
종피성 및 연조직	29. 종피종, 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C45,C47,C48,C49
유방	30. 유방의 악성 신생물	C50
여성 생식 기관	31. 외음의 악성 신생물	C51
	32. 질의 악성 신생물	C52
	33. 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C53,C54,C55,C57
	34. 난소의 악성 신생물	C56
	35. 태반의 악성 신생물	C58
남성 생식 기관	36. 음경의 악성 신생물	C60
	37. 전립선의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C61,C63
	38. 고환의 악성 신생물	C62
요로	39. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물, 신우의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C64,C65,C68
	40. 요관의 악성 신생물	C66
	41. 방광의 악성 신생물	C67
눈, 뇌 및 중추 신경계 통의 기타부 분	42. 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	43. 수막의 악성 신생물	C70
	44. 뇌의 악성 신생물	C71
	45. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72

구분	기관(organ)	분류번호
갑상선 및 기타 내분비 선	46. 갑상선의 악성 신생물	C73
	47. 부신의 악성 신생물	C74
	48. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물	C75
비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계	49. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물, 비장의 악성 신생물, 진성 적혈구증가증, 골수형성이상증후군, 만성 골수증식질환, 본태성(출혈성) 혈소판혈증, 골수섬유증, 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	C81-C96, C26.1, D45,D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5

주1) 위의 분류번호 예시에 해당되지 않는 암의 경우 (C46, C76-C80, C97, U99), 회사는 암으로 진단확정된 ‘기관(organ)’을 병원 기록 또는 조직병리학적 검사결과를 통해 ‘기관(organ)’ 분류표’에 있는 각 ‘기관(organ)’으로 분류합니다.

주2) 인체내에 두개 이상 존재하는 기관인 경우, 제8차 개정 한국표준질병 사인분류에서 같은 이름으로 명명되고 있는 기관(organ)(예: 좌측 및 우측 유방, 신장, 고환, 폐, 요관, 난소, 부신, 눈, 부갑상선 등)은 같은 ‘기관(organ)’으로 분류합니다.

주3) 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】

16대특정암 분류표

1. 약관에서 규정하는 16대특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 췌장의 악성 신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성 신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성 신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	
- 수막의 악성 신생물	C70
- 뇌의 악성 신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
7. 기관의 악성 신생물	C33
8. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
9. 흉선의 악성 신생물	C37
10. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
11. 종피종	C45
12. 카포시육종	C46
13. 후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
14. 담낭의 악성 신생물	C23
15. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24

대 상 질 병	분류번호
16. 소장의 악성 신생물	C17

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당 여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】

5대고액치료비암 분류표

1. 약관에서 규정하는 5대고액치료암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 체장의 악성 신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성 신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물	C70-C72
- 수막의 악성 신생물	C70
- 뇌의 악성 신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당 여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】

급여 항암방사선치료 분류표

약관에 규정하는 급여 항암방사선치료로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대 상 항 목	진료 행위 코드
다-401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획	
기본치료계획[1문조사]-제1회	HD010
기본치료계획[1문조사]-제2회부터	HD410
기본치료계획[2문대향조사]-제1회	HD011
기본치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD411
기본치료계획[비대향2문조사, 3문이상조사]-제1회	HD012
기본치료계획[비대향2문조사, 3문이상조사]-제2회부터	HD412
전산화방사선치료계획[1문조사]-제1회	HD013
전산화방사선치료계획[1문조사]-제2회부터	HD413
전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제1회	HD014
전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD414
전산화방사선치료계획[비대향2문조사, 3문이상조사]-제1회	HD015
전산화방사선치료계획[비대향2문조사, 3문이상조사]-제2회부터	HD415
전산화방사선치료계획[운동조사법]-제1회	HD016
전산화방사선치료계획[운동조사법]-제2회부터	HD416
전산화방사선치료계획[수술중방사선치료계획]	HD017
전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제1회	HD018
전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제2회부터	HD418
전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제1회	HD019
전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제2회부터	HD419
전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제1회	HD020
전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제2회부터	HD420
전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제1회	HD041
전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제2회부터	HD441
다-402 밀봉소선원치료에 대한 치료계획 및 모의치료	
외부접촉조사치료	HD021

강내치료, 관내치료	HD022
조직내치료	HD023
다-403 치료 보조기구 고안 및 제작	
치료보조기구고안및제작-차폐물	HD031
치료보조기구고안및제작-보상체	HD032
치료보조기구고안및제작-고정기구	HD033
다-404 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술(계획)	HD040
다-450 안 종양 근접 방사선치료계획(Ruthenium-106이용)	HD060
다-401 체내(체표면) 선량측정	HX401
다-402 조사면 검교정	
필름검교정	HY402
조사면검교정-전기적영상검교정[2차원]	HY404
조사면검교정-전기적영상검교정[3차원]	HY405
다-405 체외조사 Teletherapy(1회당)	
체외조사-저에너지방사선치료[1문조사]	HD051
체외조사-저에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD054
체외조사-중에너지방사선치료[1문조사]	HD052
체외조사-중에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD055
체외조사-고에너지방사선치료[1문조사]	HD053
체외조사-고에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD056
다-405-1 회전조사 Rotational Irradiation	
회전조사-저에너지방사선치료	HD057
회전조사-중에너지방사선치료	HD058
회전조사-고에너지방사선치료	HD059
다-406 입체조형치료(1회당)	HD061
다-407 개봉선원 치료	
개봉선원치료-경구투여방법	HD071
개봉선원치료-정맥주사방법	HD072
개봉선원치료-기타방법	HD073
다-408 밀봉소선원치료	
밀봉소선원치료-외부근접(접촉)조사치료	HD080
밀봉소선원치료-강내치료[고선량률분할치료]-1치료기간당	HD081
밀봉소선원치료-강내치료[고선량률분할치료]-치료중단시	HD082
밀봉소선원치료-강내치료[저선량률분할치료]-방사성선원삽입당일	HD083
밀봉소선원치료-강내치료[저선량률분할치료]-익일부터	HD084
밀봉소선원치료-조직내치료, 관내치료[고선량률분할치료]-1치료기간당	HD085
밀봉소선원치료-조직내치료, 관내치료[고선량률분할치료]-치료중단시	HD086
밀봉소선원치료-조직내치료, 관내치료[저선량률분할치료]-방사성선원삽입당	HD087
밀봉소선원치료-조직내치료, 관내치료[저선량률분할치료]-익일부터	HD088

밀봉소선원치료-방사성입자의자입치료	HD089
다-409 전신조사(1회당) Total Body Irradiation	
전신조사-전신	HD091
전신조사-전립프절	HD092
다-410 전신피부전자선조사	HD093
다-411 정위적 방사선 분할치료(1회당)	HD110
다-412 체부 정위적 방사선수술(1회당)	
체부정위적방사선수술-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술-선형가속기이용[1회로 치료종결]	HD112
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용[1회로 치료종결]	HD212
다-412-1 뇌 정위적 방사선수술	
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	HD115
다-413 양성자치료(1회당)	HD121
다-414 세기변조 방사선치료(1회당)	HZ271
다-415 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술(치료)	HD150
다-416 안 종양 근접 방사선치료(Ruthenium-106이용)	HD160
다-417 수술 중 방사선치료(전자선 이용)	HD170

【별표11】

급여 항암약물 분류표

약관에 규정하는 급여 항암약물은 건강보험심사평가원이 고시하는 「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 분류 중 아래의 분류번호에 해당하는 약제를 말합니다.

대 상 항 목	분류번호
부신피로제	245
난포 및 황체호르몬제	247
기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)	249
비타민B제(비타민B1를 제외)	313
기타의 혈액 및 체액용액	339
해독제	392
따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
항악성종양제	421
기타의 종양치료제	429
방사성 의약품	431
주로 악성종양에 작용하는 것	617
기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제	639

【별표12】

신경차단 · 파괴치료(급여) 대상 수가코드

대상이 되는 의료행위		의료행위 수가코드
신경 차단 술	지주막하 신경차단술	LA210
	경막외 신경차단술-일회성차단	LA321 LA322
	경막외 신경차단술-지속적차단	LA222-LA228
	경막외 저장기펌프 제거술	LA330
	뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	LA340 LA341 LA232-LA234
	척수신경말초지차단술	LA241-LA245 LA247-LA249 LA346 LA347 LA270-LA276
	척수신경총, 신경근 및 신경정차단술	LA251 LA253 LA352-LA359
	교감신경총 및 신경절차단술	LA261 LA264 LA265 LA361 LA362 LA366 LA367
신경 파괴 술	지주막하신경파괴술	LB310
	경막외신경파괴술	LB320
	뇌신경및뇌신경말초지파괴술	LB331 LB333-LB336
	척수신경및말초지파괴술	LB341-LB346
	교감신경및신경총파괴술	LB351 LB353-LB355 LB412 LB413

【별표13】

특정폐암및폐질환 분류표

단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

1. 약관에 규정하는 특정폐암및폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
특정폐암	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
특정폐질환	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	성인호흡곤란증후군	J80
	폐부종	J81
	달리 분류되지 않은 호흡부전	J96

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판

【별표14】

특정암 분류표

1. 약관에 규정하는 특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43-C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69-C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표15】

간질환 분류표Ⅱ

1. 약관에 규정하는 간질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
알코올성 간질환	K70
독성간질환	K71
달리 분류되지 않은 간부전	K72
달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
간의 섬유증 및 경변증	K74
기타 염증성 간질환	K75
간의 기타 질환	K76
달리 분류된 질환에서의 간장애	K77

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표16】

항암방사선치료후5대중증합병증 분류표

1. 약관에 규정하는 항암방사선치료후5대중증합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 폐렴	
- 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
- 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
- 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
- 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
- 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
- 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
- 거대세포바이러스폐렴	B25.0
- 폐렴이 합병된 흉역	B05.2
- 수두폐렴	B01.2
- 폐톡소포자충증	B58.3
- 폐포자충증	B48.5
- 상세불명 병원체의 폐렴	J18
- 방사선에 의한 급성 폐증상	J70.0
- 방사선에 의한 만성 및 기타 폐증상	J70.1
2. 뇌부종	
- 뇌부종	G93.6
- 방사선조사후 뇌병증	G93.81
3. 골괴사	
- 골괴사	M87
- 달리 분류된 기타 질환에서의 골괴사	M90.5
- 턱의 염증성 병태	K10.2
4. 방사선장염	
- 방사선에 의한 위장염 및 결장염	K52.0
- 방사선직장염	K62.7
5. 방사선방광염	N30.4

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관

【별표17】

항암방사선치료후4대경증합병증 분류표

1. 약관에 규정하는 항암방사선치료후4대경증합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류 번호
1. 방사선피부염	
- 방사선피부염	L58
- 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59
2. 처치후 갑상선기능저하증	E89.0
3. 처치후 뇌하수체기능저하증	E89.3
4. 기타 명시된 다발신경병증	G62.8

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표18】

대장 양성종양및특정폴립 분류표

1. 약관에 규정하는 대장 양성종양및특정폴립으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
맹장의 양성 신생물	D12.0
충수의 양성 신생물	D12.1
상행결장의 양성 신생물	D12.2
횡행결장의 양성 신생물	D12.3
하행결장의 양성 신생물	D12.4
구불결장의 양성 신생물	D12.5
상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6
직장구불결장접합부의 양성 신생물	D12.7
직장의 양성신생물	D12.8
직장폴립	K62.1
결장의 폴립	K63.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표19】

위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립
분류표

1. 약관에 규정하는 위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13
위 및 십이지장의 폴립	K31.7

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표20】

중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양
분류표

1. 약관에 규정하는 중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표21】

골,관절연골 양성종양 분류표

1. 약관에 규정하는 골,관절연골 양성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
골 및 관절연골의 양성 신생물	D16

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표22】

특정중등도이상자궁경부이형성증 분류표

1. 약관에 규정하는 특정중등도이상자궁경부이형성증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상 질병	분류번호
중등도 자궁경부이형성	N87.1
달리 분류되지 않은 중증 자궁경부이형성	N87.2
자궁경부의 제자리암종	D06

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표23】

암종별(30종)통합암(유사암제외)분류표

1. 약관에 규정하는 암종별(30종)통합암(유사암제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

구분	대 상 질 병	분류 번호
입술, 혀 및 구강암	입술의 악성 신생물	C00
	혀바닥의 악성 신생물	C01
	혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C02
	잇몸의 악성 신생물	C03
	입바닥의 악성 신생물	C04
	구개외 악성 신생물	C05
	입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C06
주침샘, 편 도, 인두 및 구강기타 암	귀밑샘의 악성 신생물	C07
	기타 및 상세불명 주침샘의 악성 신생물	C08
	편도의 악성 신생물	C09
	입인두의 악성 신생물	C10
	비인두의 악성 신생물	C11
	이상동(梨狀洞)의 악성 신생물	C12
	하인두의 악성 신생물	C13
	입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명 악성 신생물	C14
특정 소화기암 II	식도의 악성 신생물	C15
	소장의 악성 신생물	C17
	항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	담낭의 악성 신생물	C23
	담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
위암	위의 악성 신생물	C16
결장암	결장의 악성 신생물	C18
직장암	직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	직장의 악성 신생물	C20
간 및 간 내 담관암	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22

구분	대 상 질 병	분류 번호
췌장암	췌장의 악성 신생물	C25
특정호흡 기및흉곽 내기관의 암	비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	부비동의 악성 신생물	C31
	후두의 악성 신생물	C32
	후두의 악성 신생물	C37
	심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	기타 및 부위불명 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
폐암	기관지의 악성 신생물	C33
	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
뼈및관절 연골암	사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
피부의악 성흑색종	피부의 악성 흑색종	C43
종피성및 연조직암	종피종	C45
	카포시육종	C46
	말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
	기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	유방의 악성 신생물	C50
유방및전 립선암	전립선의 악성 신생물	C61
외음, 질및 자궁경부 암	외음의 악성 신생물	C51
	질의 악성 신생물	C52
	자궁경부의 악성 신생물	C53
자궁체부 및특정여 성생식기 암	자궁체부의 악성 신생물	C54
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	기타 및 상세불명 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	태반의 악성 신생물	C58
난소암	난소의 악성 신생물	C56

구분	대 상 질 병	분류 번호
특정남성 생식기관 암	음경의 악성 신생물	060
	고환의 악성 신생물	062
	기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	063
비뇨기관(신장, 방광 , 요관)암	신우를 제외한 신장의 악성 신생물	064
	신우의 악성 신생물	065
	요관의 악성 신생물	066
	방광의 악성 신생물	067
	기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	068
눈, 뇌 및 중추신경 계통의 기 타부분의 암	눈 및 부속기의 악성 신생물	069
	수막의 악성 신생물	C70
	뇌의 악성 신생물	C71
	척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
부신 및 기 타내분비 선암	부신의 악성 신생물	C74
	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
4대특정암	기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
	다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
	독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
	진성 적혈구증가증	D45
호지킨림 프종	호지킨림프종	C81
특정비호 지킨림프 종	소포성 림프종	C82
	기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
	림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
비소포성 림프종	비소포성 림프종	C83

구분	대 상 질 병	분류 번호
T/NK세포 림프종	성숙T/NK-세포림프종	C84
	T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
악성면역 증식성질 환	악성 면역증식성 질환	C88
골수형성 이상증후 군	골수형성이상증후군	D46
골수증식 성질환	만성 골수증식질환	D47.1
	본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	골수섬유증	D47.4
	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
백혈병 및 전이암	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
	호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
	기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
	부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
	림프성 백혈병	C91
	골수성 백혈병	C92
	단핵구성 백혈병	C93
	명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	상세불명 세포형의 백혈병	C95

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국 표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당 여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인 분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악

성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표24】

항암방사선약물치료 후 2대합병증 분류표

1. 약관에 규정하는 항암방사선약물치료 후 2대합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

구분	대 상 질 병	분류 번호
심장 질환	방실차단 및 좌각차단	144
	기타 전도장애	145
	발작성 빈맥	147
	심방세동 및 조동	148
	기타 심장부정맥	149
	심부전	150
폐색 전증	폐색전증	126

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표25】

유방절제후림프부종증후군 분류표

1. 약관에 규정하는 유방절제후림프부종증후군으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
유방절제후림프부종증후군	197.2

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표26】

만성간염(B,C형) 분류표

1. 약관에 규정하는 만성간염(B,C형)으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
만성 B형간염에서의 급성 델타(중복)감염	B17.0
델타-병원체가 있는 만성 바이러스B형간염	B18.0
델타-병원체가 없는 만성 바이러스B형간염	B18.1
만성 바이러스C형간염	B18.2

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표27】

크론병및궤양성대장염 분류표

1. 약관에 규정하는 크론병및궤양성대장염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
크론병[국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표28】

특정천공 분류표

1. 약관에 규정하는 특정천공으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
식도의 천공	K22.3
장의 천공(비외상성)	K63.1
담낭의 천공	K82.2
담관의 천공	K83.2

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표29】

말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)

1. 말기간경화라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.
 - ① 통제가 불가능한 복수증
 - ② 영구적인 황달
 - ③ 위나 식도벽의 정맥류
 - ④ 간성 뇌증
2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.
3. 말기 간경화의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 말기 간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표30】

말기폐질환(End Stage Lung Disease)

1. 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보아야 합니다.
 - 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
2. 약관에 규정하는 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성하부호흡기질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
- 류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1†

대상질병분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

4. 위의 1 ~ 3에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.
 (예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이나 2에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
 ② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우
5. 말기 폐질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 말기 폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표31】

항암방사선약물치료 후 3대합병증 분류표

1. 약관에 규정하는 항암방사선약물치료 후 3대합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

구분	대 상 질 병	분류 번호
호중구 감소증	무과립구증	D70
혈소판 감소증	특발성 혈소판감소성 자반	D69.3
	기타 원발성 혈소판감소증	D69.4
	이차성 혈소판감소증	D69.5
	상세불명의 혈소판감소증	D69.6
신경병증	약물유발 다발신경병증	G62.0
	기타 명시된 다발신경병증	G62.8

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표32】

중증질환자(암) 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 「중증질환자(암) 산정특례대상」은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정 번호
제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 【별표39】 중증질환자(암) 산정특례대상질환 분류표에 해당하는 질병으로 진료를 받은 경우	V193

【별표33】

대장용종제거수술(급여) 분류표

약관에 규정하는 대장용종제거수술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
결장경하 종양 수술-폴립 절제술	Q7701
결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개이상시초과되는폴립1개당)	Q7702
결장경하 종양 수술-점막절제술 및 점막하종양절제술	Q7703
결장경하 종양 수술-점막하 박리절제술	QX706

【별표34】

장루(인공항문)조성및폐쇄술(급여) 분류표

약관에 규정하는 장루(인공항문)조성및폐쇄술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위		의료행위 수가코드
장루 조성 술 (급여)	장루조성술[인공항문조성술]-튜브형(Feeding Jejunostomy 포함)	Q2791
	장루조성술[인공항문조성술]-루프형	Q2792
	장루조성술[인공항문조성술]-말단형	Q2793
	장루조성술[인공항문조성술]-이중말단형	Q2794
	장루조성술[인공항문조성술]-장루교정술(루프형 회장루 교정술)	Q2796
	장루조성술[인공항문조성술]-장루교정술(루프형 결장루 교정술)	Q2797
	장루조성술[인공항문조성술]-장루교정술(말단 회장루 또는 말단 결장루 교정술)	Q2798
	결장절제술 및 결장루, 원위장 폐쇄[하트만수술]-림프절청소를 포함하는 것	QA679
	결장절제술 및 결장루, 원위장 폐쇄[하트만수술]-림프절청소를 포함하지 않는 것	Q2679
	결장및직장전절제술(회장루동시실시)-림프절청소를 포함하는 것	QA925
장루 폐쇄 술 (급여)	장루폐쇄술-루프형	Q2801
	장루폐쇄술-말단형	Q2802
	장루폐쇄술-이중말단형	Q2803
	장루폐쇄술-하트만술식복원술	Q2804

【별표35】

전이암 분류표

1. 약관에 규정하는 전이암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

전이암 구분	대 상 질 병	분류 번호
림프절 전이암	1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
특정 전이암	1. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
	2. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
	3. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표36】

소송목적의 값에 따른 변호사비용

소송목적의 값	소송비용에 산입되는 비율 또는 산입액
300만원까지 부분	30만원
300만원을 초과하여 2,000만원까지 부분 [30만원 + (소송목적의 값 - 300만원) × $\frac{10}{100}$]	10%
2,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분 [200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) × $\frac{8}{100}$]	8%
5,000만원을 초과하여 1억원까지 부분 [440만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) × $\frac{6}{100}$]	6%
1억원을 초과하여 1억5천만원까지 부분 [740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) × $\frac{4}{100}$]	4%
1억5천만원을 초과하여 2억원까지 부분 [940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) × $\frac{2}{100}$]	2%
2억원을 초과하여 5억원까지 부분 [1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) × $\frac{1}{100}$]	1%
5억원을 초과하는 부분 [1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) × $\frac{0.5}{100}$]	0.5%

※ 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에 정
한 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에
따릅니다.

【별표37】

민사소송 등 인지법에 정한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 × 0.5%
1천만원이상 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 × 0.45%
1억원이상 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 × 0.4%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 × 0.35%

※ 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액이 변경
되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【별표38】

송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)

사건	송달료
1심 민사소액 / 민사단독 / 민사합의	104,000원 / 156,000원 / 156,000원
항소심 / 상고심	124,800원 / 83,200원

※ 대법원이 정한 송달료 규칙이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표39】

중증질환자(암) 산정특례대상질병 분류표

1. 약관에서 규정하는 중증질환자(암) 산정특례대상질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
악성 신생물	C00-C97
제자리신생물	D00-D09
수막의 양성신생물 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D32 D33
행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37-D48

대상질병분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표40】

표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

- 아래 「표적항암제」 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 「표적항암제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인할 수 있습니다.

번 하	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 afibercept	잘트루주25mg/ml (애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오텍립정20밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오텍립정30밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오텍립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙) 인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조미브 bortezomib	벨조임주1밀리그램(보르테조미브합제) 벨조임주3.5밀리그램(보르테조미브합제) 벨게이드주(보르테조미브합제) 벨킨주2.5밀리그램(보르테조미브합제) 벨킨주3.5밀리그램(보르테조미브합제) 보테벨주3.5밀리그램(보르테조미브합제) 테조민주2.5밀리그램(보르테조미브합제) 테조민주3.5밀리그램(보르테조미브합제) 테조벨주(보르테조미브합제) 프로테조미브주(보르테조미브합제) 프로테조미브주2.5밀리그램(보르테조미브합제) 화이자보르테조미브주3.5mg(보르테조미브일수화물)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메텍스정20밀리그램(카보잔티닙) 카보메텍스정40밀리그램(카보잔티닙) 카보메텍스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조미브 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조미브) 키프롤리스주60밀리그램(카르필조미브)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	크리조티닙 crizotinib	젤코리캡슐200밀리그램(크리조티닙) 젤코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
10	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염) 라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
11	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)

표 하	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정70밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
12	엘로티닙염산염 erlotinib	엘로세타정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로세타정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용) 엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정25밀리그램(엘로티닙염산염) 타세원정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타세원정150밀리그램(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
13	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스) 아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스) 아피니토정5밀리그램(에베로리무스) 에리니토정10mg(에베로리무스) 에리니토정5밀리그램(에베로리무스)(5mg/1정) 에베로즈정 10밀리그램 에베로즈정 2.5밀리그램 에베로즈정 5밀리그램
14	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브) 스펙사정250밀리그램(게피티니브) 이레사정(게피티니브) 이레티닙정250밀리그램(게피티니브) 이레피논정(게피티니브) 제피티닙정(게피티니브)
15	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
16	이매티닙메실산염 imatinib	글로티정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염) 글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염) 루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)

표 어	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매티정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매티정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
17	익사조밉 시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
18	라파티닙 티토실레이 트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙티토실레이트)
19	렌바티닙메 실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
20	닐로티닙 염산염일수 화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램 (닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램 (닐로티닙염산염일수화물)
21	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
		린파자정 100밀리그램(올라파립)
		린파자정 150밀리그램(올라파립)
22	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
23	팔보시클립 palbociclib	임랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		임랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		임랜스캡슐75mg(팔보시클립)
24	파조파닙염 산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
25	포나티닙염 산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
26	라도티닙염 산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
27	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
28	록소리티닙 인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(록소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(록소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(록소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(록소리티닙인산염)
29	소라페닙 토실레이트 (미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램 (소라페닙토실레이트(미분화))
30	수니티닙말 산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
31	템시롤리무 스	토리셀주(템시롤리무스)

표 어	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
	tensiroli m s	
32	트라메티닙 디메틸설포 사이드 tranetinib	매큐셀정0.5밀리그램 (트라메티닙디메틸설포사이드)
		매큐셀정2밀리그램 (트라메티닙디메틸설포사이드)
33	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
34	베우라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베우라페닙)
35	레날리도마 이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리드정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
36	보리노스타 트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
37	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
38	미도스타우 린 midostaurin	라이담연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
39	니라파립 토실산염일 수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램 (니라파립토실산염일수화물)
40	퍼투주맵 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맵)
41	트라스투주 맵엔탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맵엔탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맵엔탄신)
42	트라스투주 맵 trastuzumab	삼페넛주150밀리그램(트라스투주맵)
		허셉틴주150밀리그램(트라스투주맵) (단클론항체, 유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맵)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맵)
		허쥬마주150mg(트라스투주맵) (단클론항체, 유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맵)

번 호	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
		(단클론항체, 유전자재조합)
43	오비누투주 암 obinutuzuma b	가싸이바주(오비누투주암, 유전자재조합)
44	실룩시암 siltuximab	실반트주100밀리그램(실룩시암, 유전자재조합) 실반트주400밀리그램(실룩시암, 유전자재조합)
45	세룩시암 cetuximab	얼비룩스주5mg/mL(세룩시암)
46	블리나투모 암 blinatumoma b	블린사이토주35마이크로그램 (블리나투모암, 유전자재조합)
47	브렌룩시암 베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌룩시암베도틴)
48	베바시주암 bevacizumab	아바스틴주(베바시주암) 온베브지주(베바시주암) 자이라베브주(베바시주암)
49	리룩시암 rituximab	매파테라주(리룩시암)(단클론항체, 유전자재조합) 매파테라피하주사(리룩시암)(유전자재조합) 트룩시마주(리룩시암)(단클론항체, 유전자재조합)
50	라우시루암 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터 (라우시루암, 유전자재조합)
51	다라투무암 daratumumab	다잘렉스주(다라투무암)
52	아테졸리주 암 atezolizuma b	티센트릭주(아테졸리주암)
53	니볼루암 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루암, 유전자재조합) 옵디보주100mg(니볼루암, 유전자재조합) 옵디보주240mg(니볼루암, 유전자재조합)
54	펜브롤리주 암 pembrolizuma b	키트루다주(펜브롤리주암, 유전자재조합)
55	탈리도마이드 thalidomide	세앨진탈리도마이드캡슐50밀리그램 탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드) 탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드) 탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드) 탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
56	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
57	이필리무암 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무암, 유전자재조합) 여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무암, 유전자재조합)
58	더발루암 durvalumab	임핀지주(더발루암)

번 호	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
59	이노투주암 오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주암오조가마이신)
60	아벨루암 avelumab	바벤시오주(아벨루암)
61	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립) 버제니오정100밀리그램(아베마시클립) 버제니오정150밀리그램(아베마시클립) 버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
62	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
63	길테리티닙 푸마르산염 gilteritinib	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
64	다코미티닙 dacomitinib hydrate	비징프로정15밀리그램(다코미티닙수화물) 비징프로정45그램(다코미티닙수화물) 비징프로정300밀리그램(다코미티닙수화물)
65	리보시클립 ribociclib	키스칼리정 200밀리그램(리보시클립수화물)
66	엔트렉티닙 entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙) 로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
67	라로트렉티 닙 larotrectin ib	비트락비액(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염)
68	레이저티닙 Lazertinib	렉라자정80밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
69	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐75밀리그램(엔코라페닙)
70	이사룩시암 Isatuximab	살글리사주(이사룩시암)
71	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	키리아주
72	탈라조파립 Talazoparib	탈제나캡슐1mg 탈제나캡슐0.25mg
73	로라티닙 Lorlatinib	로비큐아정25mg 로비큐아정100mg
74	겐투주암오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주4.5mg
75	아미반타마브 Amivantamab 350mg	리브리반트주
76	소토라십 Sotorasib	루마크라스정120mg
77	폴라투주암 베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주암베도틴)
78	네라티닙말레산염 Neratinib	너링스정(네라티닙말레산염)

번 이	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
	Maleate	
79	자누브루티 Zanubrutini b	브루킨사캡슐80밀리그램(자누브루티닙)
80	테포티닙염 산염수화물 Tepotinib Hydrochlori de Hydrate	텡메코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)
81	프랄세티닙 분무건조분 산체 Pralsetinib Spray Dried Dispersion	가브레토캡슐100밀리그램(프랄세티닙)
82	셀퍼카티닙 Selpercatin ib	레테브모캡슐40밀리그램(셀퍼카티닙) 레테브모캡슐80밀리그램(셀퍼카티닙)
83	애시미닙염 산염 Asciminib Hydrochlori de	셈블릭스정20밀리그램(애시미닙염산염) 셈블릭스정40밀리그램(애시미닙염산염)
84	카프마티닙 염산염일수 화물 Capmatinib Hydrochlori de Monohydrate	타브렉타정150밀리그램(카프마티닙염산염일수화물) 타브렉타정200밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
85	퍼투주맙/트 라스투주맙 Per tuzumab/ Trastuzumab	페스코피하주사1200/600밀리그램(퍼투주맙/ 트라스투주맙) 페스코피하주사600/600밀리그램(퍼투주맙/트 라스투주맙)
86	티라브루티 닙염산염 Tirabrutini b Hydrochlori de	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산 염)

3. 성분명은 「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

4. 의약품은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.

5. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「표적항암제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

【별표41】

암종별(30종)통합암(전이포함) (유사암제외)분류표

1. 약관에 규정하는 암종별(30종)통합암(전이포함)(유사암제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

구분	대 상 질 병	분류 번호
입술, 혀 및 구강암	입술의 악성 신생물	C00
	혀바닥의 악성 신생물	C01
	혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C02
	잇몸의 악성 신생물	C03
	입바닥의 악성 신생물	C04
	구개의 악성 신생물	C05
주침샘, 편 도, 인두 및 구강기타 암	입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C06
	귀밑샘의 악성 신생물	C07
	기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
	편도의 악성 신생물	C09
	입인두의 악성 신생물	C10
	비인두의 악성 신생물	C11
	이상동(梨狀洞)의 악성 신생물	C12
	하인두의 악성 신생물	C13
특정 소화기암 II(전이포 함)	입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C14
	식도의 악성 신생물	C15
	소장의 악성 신생물	C17
	항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	담낭의 악성 신생물	C23
	담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
	소장의 이차성 악성 신생물	C78. 4
	비장의 이차성 악성 신생물	C78. 82
	기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78. 88
	상세불명소화기관의이차성악성 신생물	C78. 89

구분	대 상 질 병	분류 번호
위암(전이 포함)	위의 악성 신생물	C16
	후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6
	위의 이차성 악성 신생물	C78.80
결장암(전이 포함)	결장의 악성 신생물	C18
	대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5
직장암(전이 포함)	직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	직장의 악성 신생물	C20
	생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81
간 및 간내 담관암(전이 포함)	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
췌장암(전이 포함)	췌장의 악성 신생물	C25
	췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81
특정호흡기및흉곽내기관의 암	비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	부비동의 악성 신생물	C31
	후두의 악성 신생물	C32
	후두의 악성 신생물	C37
	심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
폐암(전이 포함)	기관의 악성 신생물	C33
	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	폐의 이차성 악성 신생물	C78.0
	종격의 이차성 악성 신생물	C78.1
	흉막의 이차성 악성 신생물	C78.2
	기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3
	뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
	신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
	골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
	부신의 이차성 악성 신생물	C79.7
뼈및관절연골암	사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41

구분	대 상 질 병	분류 번호
피부의악성흑색종	피부의 악성 흑색종	C43
종피성및연조직암	종피종	C45
	카포시육종	C46
	말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
	기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
유방및전립선암(전이 포함)	유방의 악성 신생물	C50
	전립선의 악성 신생물	C61
	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
	피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
	유방의 이차성 악성 신생물	C79.80
	기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
	상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
	부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
외음, 질및자궁경부암	외음의 악성 신생물	C51
	질의 악성 신생물	C52
	자궁경부의 악성 신생물	C53
자궁체부및특정여성생식기암	자궁체부의 악성 신생물	C54
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	태반의 악성 신생물	C58
난소암(전이 포함)	난소의 악성 신생물	C56
	난소의 이차성 악성 신생물	C79.6
특정남성생식기암	음경의 악성 신생물	C60
	고환의 악성 신생물	C62
	기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63
비뇨기관(신장, 방광, 요관)암(전이 포함)	신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	신우의 악성 신생물	C65
	요관의 악성 신생물	C66
	방광의 악성 신생물	C67
	기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
	방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1

구분	대 상 질 병	분류 번호
눈, 뇌 및 중추신경 계통의기 타부분의 암	눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	수막의 악성 신생물	C70
	뇌의 악성 신생물	C71
	척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
부신및기 타내분비 선암	부신의 악성 신생물	C74
	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
4대특정암	기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
	다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
	독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
	진성 적혈구증가증	D45
호지킨림 프종	호지킨림프종	C81
특정비호 지킨림프 종	소포성 림프종	C82
	기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
	림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
비소포성 림프종	비소포성 림프종	C83
T/NK세포 림프종	성숙T/NK-세포림프종	C84
	T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
악성면역 증식성질 환	악성 면역증식성 질환	C88
골수형성 이상증후 군	골수형성이상증후군	D46
골수증식 성질환	만성 골수증식질환	D47. 1
	본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47. 3
	골수성유증	D47. 4
	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47. 5
백혈병	림프성 백혈병	C91
	골수성 백혈병	C92
	단핵구성 백혈병	C93
	명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	상세불명 세포형의 백혈병	C95

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당 여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표42】

특정항구토제(급여) 분류표

약관에 규정하는 특정항구토제(급여)는 보건복지부에서 고시하는 약제 급여 목록 및 급여 상한금액표의 약제 중 아래의 주성분코드에 해당하는 의약품을 말합니다.

주성분명	주성분코드
granisetron hydrochloride (as granisetron 1mg)	167301ATB
granisetron hydrochloride (as granisetron 1mg)	167301ATD
granisetron hydrochloride (as granisetron 1mg(1mg/mL))	167330BIJ
granisetron hydrochloride (as granisetron 3mg(1mg/mL))	167331BIJ
granisetron 34.3mg	505701CPC
ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 4mg)	204601ATD
ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 8mg)	204603ATB
ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 8mg)	204603ATD
ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 4mg(2mg/mL))	204630BIJ
ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 8mg(2mg/mL))	204631BIJ
ramosetron hydrochloride 0.1mg	222601ATD
ramosetron hydrochloride 0.3mg(0.15mg/mL)	222630BIJ
palonosetron hydrochloride (as palonosetron 75 µg(50 µg/mL))	490030BIJ
palonosetron hydrochloride (as palonosetron 0.25mg(50 µg/mL))	490031BIJ
netupitant 0.3g/palonosetron hydrochloride 0.5mg	674900ACH

【별표43】

특정암합병증및항암부작용약제(급여) 분류표

약관에 규정하는 특정암합병증및항암부작용약제(급여)는 보건복지부에서 고시하는 약제 급여 목록 및 급여 상한금액표의 약제 중 아래의 주성분코드에 해당하는 의약품을 말합니다.

주성분명	주성분코드
filgrastim 75 µg(0.25mg/mL)	158930BIJ
filgrastim 0.15mg(0.25mg/mL)	158931BIJ
filgrastim 0.3mg(0.25mg/mL)	158932BIJ
filgrastim 0.15mg(0.3mg/mL)	158934BIJ
filgrastim 0.3mg(0.3mg/mL)	158935BIJ
filgrastim 75 µg(0.3mg/mL)	158936BIJ
filgrastim 0.3mg(0.42857mg/mL)	158933BIJ
lenograstim 0.1mg	181801BIJ
lenograstim 0.25mg	181802BIJ
lenograstim 50 µg	181803BIJ
pegfilgrastim 6mg(10mg/mL)	618830BIJ
tripegfilgrastim 6mg(10mg/mL)	628330BIJ
pegteograstim 6mg(10mg/mL)	633130BIJ
lipegfilgrastim 6mg	684901BIJ
eflapograstim (as rh-GCSF analog 3.6mg(6mg/mL))	700001BIJ
sodium thiosulfate 12.5g(0.25g/mL)	360530BIJ
denosumab 0.12mg(70mg/mL)	629002BIJ
zoledronic acid 4mg(0.8mg/mL))	420731BIJ
zoledronic acid 4mg(40 µg/mL)	420730BIJ
dexrazoxane 0.5g	142501BIJ

【별표44】

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 「특정항암호르몬치료제」 해당 의약품명 및 성분명은 2021년 8월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 「특정항암호르몬치료제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인할 수 있습니다.

【의약품명과 성분명】

- 성분명은 「효능효과」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 확인할 수 있습니다. 「특정항암호르몬치료제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명 (국문, 영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정500밀리그램(아비라테론아세트이트(미분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	에이덱스정(아나스트로졸) 아리미덱스정(아나스트로졸) 테바아나스트로졸정1밀리그램 아트루졸정(아나스트로졸) 페미젯정1밀리그램(아나스트로졸) 아나스토정(아나스트로졸)
3	비칼루타미드 bicalutamide	카소덱스정(비칼루타미드) 비카덱스정(비칼루타미드) 비카루드정(비칼루타미드) 칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드) 칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드) 비카소정(비칼루타미드) 카덱스정(비칼루타미드) 카소비트정(비칼루타미드) 프로세이드정(비칼루타미드) 프로카덱스정(비칼루타미드) 프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드) 테바비칼루타미드정50밀리그램 피엠에스비칼루타미드정50밀리그램(비칼루

번호	성분명 (국문, 영문)	의약품명(국문)
		티미드(미분화))
4	다로루타미드 darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타미드)
5	데가렐릭스 degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스) 퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타미드 enzalutamide	엑스탄디엔질캡슐40mg(엔잘루타미드)
7	에스트라머스틴 estramustine	에스트라시트캡슐140밀리그램 (에스트라머스틴인산나트륨수화물)
8	엑스메스탄 exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
9	플베스트란트 fulvestrant	파솔로덱스주(플베스트란트)
10	고세렐린 goserelin	줄라덱스데포주사(고세렐린아세트산염) 줄라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
11	레트로졸 letrozole	페마라정(레트로졸) 레나라정(레트로졸) 트로젯정2.5밀리그램(레트로졸) 레트론정(레트로졸) 브레트라정(레트로졸) 파누엘정2.5밀리그램(레트로졸) 테바레트로졸정2.5밀리그램
12	류프로렐린 (leuprolide)	루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염) 로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염) 로렐린주사액(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주30밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
13	메드록시프로게스테론 medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세트이트)
14	타목시펜 tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염) 광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 놀바덱스디정(타목시펜시트르산염) 놀바덱스정(타목시펜시트르산염) 타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염)

번호	성분명 (국문, 영문)	의약품명(국문)
		타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 타목센정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
15	토레미펜 toremifene	화레스톤정40밀리그램(토레미펜시트르산염)
16	트립토렐린 triptorelin	데카렐릴-데포(트립토렐린아세트산염) 데카렐릴주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염) 디페렐린피알3.75밀리그램주(초산트립토렐린) 디페렐린피알주11.25밀리그램(파모산트립로렐린) 디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)
17	메게스트롤 megestrol	메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트) 메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트) 네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트) 대원메게스트롤이메스현탁액(메게스트롤아세테이트) 대원초산메게스트롤현탁액 메게롤현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게시아현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게이스내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게이스에프내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게이트현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게프로현탁액(메게스트롤아세테이트) 메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트) 비씨메게스트롤현탁액(초산메게스트롤) 애플트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 애플트롤이메스내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 제이트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
18	아팔루타마이드 apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)

【별표45】

특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 「특정면역항암제」 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 「특정면역항암제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인할 수 있습니다.

작용기 전분류	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
면역 관문 억제제	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎌트릭주(아테졸리주맙)
	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙, 유전자재조합)
	펌브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펌브롤리주맙, 유전자재조합)
	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)
	더발루맙 durvalumab	임핀지주(2.4mL)(더발루맙) 임핀지주(10mL)(더발루맙)
항체 약물 중합체 항암 치료제	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램 (트라스투주맙엠탄신) 캐싸일라주160밀리그램 (트라스투주맙엠탄신)
	브렌투시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌투시맙베도틴)
	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	겐투주맙오조가마이신 gentuzumab ozogamicin	마일로탁주4.5mg
	폴라투주맙베도틴 Polatuzumab Vedotin	플라이버주
카티 항암 치료제	티사젠렉류셀 tisagenlecleucel	김리아주(티사젠렉류셀)

3. 성분명은 「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이

존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

4. 의약품은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.

5. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「특정면역항암제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

【별표46】

갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

- 아래 「갑상선 호르몬치료제」 해당 의약품명 및 성분명은 2021년 8월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 약제의 「갑상선 호르몬치료제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 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 「효능효과」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. 「갑상선 호르몬치료제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문, 영문)	의약품명(국문)
1	레보티록신 나트륨수화물 Levothyroxine sodium	썬지로이드정0.025밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.0375밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.05밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.075밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.112밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.15밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.1밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.2밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정100마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정125마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정150마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정25마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정50마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
2	리오티로닌나트륨 Liothyronine sodium	썬지록신정75마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정88마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지로이드정(부광리오티록스정)
		테트로닌정54g(리오티로닌나트륨)

【별표47】

암종별(13종)통합암(전이포함)
(유사암제외)분류표

1. 약관에 규정하는 암종별(13종)통합암(전이포함)(유사암제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

구분	대 상 질 병	분류 번호
두경부암	입술의 악성 신생물	C00
	혀바닥의 악성 신생물	C01
	혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C02
	잇몸의 악성 신생물	C03
	입바닥의 악성 신생물	C04
	구개(口蓋)의 악성 신생물	C05
	입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C06
	귀밑샘의 악성 신생물	C07
	기타 및 상세불명의 주치샘의 악성 신생물	C08
	편도의 악성 신생물	C09
	입인두의 악성 신생물	C10
	비인두의 악성 신생물	C11
	이상동(梨狀洞)의 악성 신생물	C12
	하인두의 악성 신생물	C13
위암과 식도암(전이포함)	입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C14
	식도의 악성 신생물	C15
	위의 악성 신생물	C16
하부위장관 및 기타소화기 암(전이포함)	위의 이차성 악성 신생물	C78.80
	소장의 악성 신생물	C17
	결장의 악성 신생물	C18
	직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	직장의 악성 신생물	C20
	항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
	소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
	대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5
	비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
	기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
간담체암(전이포함)	상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89
	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	담낭의 악성 신생물	C23
	담도의 기타 및 상세불명 부분의	C24

구분	대 상 질 병	분류 번호
	악성 신생물	
	췌장의 악성 신생물	C25
	간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
	췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81
폐암(전이포함)	기관지의 악성 신생물	C33
	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	폐의 이차성 악성 신생물	C78.0
기타 호흡기 및 흉곽암(전이포함)	비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	부비동의 악성 신생물	C31
	후두의 악성 신생물	C32
	심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
	종피종	C45
	종격의 이차성 악성 신생물	C78.1
	흉막의 이차성 악성 신생물	C78.2
	기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3
유방암 및 전립선암(전이포함)	유방의 악성 신생물	C50
	유방의 이차성 악성 신생물	C79.80
	전립선의 악성 신생물	C61
생식기 관암(전이포함)	자궁경부의 악성 신생물	C53
	자궁체부의 악성 신생물	C54
	외음의 악성 신생물	C51
	질(頸)의 악성 신생물	C52
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	난소의 악성 신생물	C56
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	태반의 악성 신생물	C58
	난소의 이차성 악성 신생물	C79.6
	생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81
	음경의 악성 신생물	C60
	고환의 악성 신생물	C62
	기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63
	생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81
신장요로암 과 방광암(전이포함)	신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	신우의 악성 신생물	C65
	요관의 악성 신생물	C66
	기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	방광의 악성 신생물	C67
	신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
	방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1
뇌 및 중추신경계 암과	눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	수막의 악성 신생물	C70
	뇌의 악성 신생물	C71

구분	대 상 질 병	분류 번호
안암(전이 포함)	척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
	뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
	신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
혈액암	호지킨림프종	C81
	소포성 림프종	C82
	비소포성 림프종	C83
	성숙T/NK-세포림프종	C84
	기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
	T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
	악성 면역증식성 질환	C88
	다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
	림프성 백혈병	C91
	골수성 백혈병	C92
	단핵구성 백혈병	C93
	명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	상세불명 세포형의 백혈병	C95
	림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
	진성 적혈구증가증	D45
	골수형성이상증후군	D46
	만성 골수증식질환	D47.1
	본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	골수섬유증	D47.4
	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
기타 특정암 (전이포함)	흉선의 악성 신생물	C37
	사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
	피부의 악성 흑색종	C43
	카포시육종	C46
	말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
	기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	부신의 악성 신생물	C74
	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
	기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
	부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
	독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
	후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6
	피부의 이차성 악성 신생물	C79.2

구분	대 상 질 병	분류 번호
	골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
	부신의 이차성 악성 신생물	C79.7
	기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
	상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
림프절 전이암	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

VI. 인 용 법 · 규 정

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【법규1】

개인정보 보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

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 제3자의 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 제1항제1호에 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 동의의 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.

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호, 제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때

에는 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 동의의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제

④ 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 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 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. 제15조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
2. 제17조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
3. 제18조제2항제1호에 따라 동의를 받는 경우
4. 제19조제1호에 따라 동의를 받는 경우
5. 제23조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
6. 제24조제1항제1호에 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 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 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 제30조제2항에 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 제1항제3호 및 제7호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 삭제

⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(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 아니된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

제24조(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 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 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 제1항 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 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

【법규2】

공직선거법

제222조(선거소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(후보자를 추천한 정당에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다.

제223조(당선소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(후보자를 추천한 정당에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일 이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(大統領當選人의決定·公告·통지)제1항·제2항, 제188조(地域區國會議員當選人의決定·公告·통지)제1항 내지 제4항, 제189조(比例代表國會議員議席의배분과當選人의決定·公告·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원

선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구 시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등 법원에 소를 제기할 수 있다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다.

④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선인 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선인 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사장을 피고로 한다.

【법규3】

교통사고처리특례법

제3조(처벌의 특례)

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니하거나(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다), 「도로교통법」 제44조제5항을 위반하여 음주측정방해행위를 한 경우와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(歩道)가

설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조 제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우

10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지 의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

【법규4】

국민건강보험법

제41조(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 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것
- ③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- ④ 보건복지부장관은 제3항에 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.

【법규5】

금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~8. (생략)

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 “금융상품판매업자 등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자 등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자 등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. (생략)

제17조(적합성원칙)

② 금융상품판매업자 등은 일반금융소비자에게 다음 각 호의 금융상품 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 경우를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에는 면담·질문 등을 통하여 다음 각 호의 구분에 따른 정보를 파악하고, 일반금융소비자로부터 서명(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함한다. 이하 같다), 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아 이를 유지·관리하여야 하며, 확인받은 내용을 일반금융소비자에게 지체 없이 제공하여야 한다.

1. 「보험업법」 제108조제1항제3호에 따른 변액보험 등 대통령령으로 정하는 보장성 상품

가. 일반금융소비자의 연령

나. 재산상황(부채를 포함한 자산 및 소득에 관한 사항을 말한다. 이하 같다)

다. 보장성 상품 계약 체결의 목적

2. 투자성 상품(「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제27항에 따른 온라인소액투자중개의 대상이 되는 증권 등 대통령령으로 정하는 투자성 상품은 제외한다. 이하 이 조에서 같다) 및 운용 실적에 따라 수익률 등의 변동 가능성이 있는 금융상

품으로서 대통령령으로 정하는 예금성 상품

가. 일반금융소비자의 해당 금융상품 취득 또는 처분 목적

나. 재산상황

다. 취득 또는 처분 경험

3. 대출성 상품

가. 일반금융소비자의 재산상황

나. 신용 및 변제계획

4. 그 밖에 일반금융소비자에게 적합한 금융상품 계약의 체결을 권유하기 위하여 필요한 정보로서 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융상품판매업자들은 제2항 각 호의 구분에 따른 정보를 고려하여 그 일반금융소비자에게 적합하지 아니하고 인정되는 계약 체결을 권유해서는 아니 된다. 이 경우 적합성 판단 기준은 제2항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제18조(적정성원칙)

① 금융상품판매업자는 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품 및 대출성 상품에 대하여 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유하지 아니하고 금융상품 판매 계약을 체결하려는 경우에는 미리 면담·질문 등을 통하여 다음 각 호의 구분에 따른 정보를 파악하여야 한다.

1. 보장성 상품: 제17조제2항제1호 각 목의 정보

2. 투자성 상품: 제17조제2항제2호 각 목의 정보

3. 대출성 상품: 제17조제2항제3호 각 목의 정보

4. 금융상품판매업자가 금융상품 판매 계약이 일반금융소비자에게 적정한지를 판단하는 데 필요하다고 인정되는 정보로서 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자는 제1항 각 호의 구분에 따라 확인한 사항을 고려하여 해당 금융상품이 그 일반금융소비자에게 적정하지 아니하다고 판단되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 알리고, 그 일반금융소비자로부터 서명, 기명날인, 녹취, 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 이 경우 적정성 판단 기준은 제1항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제19조(설명의무)

① 금융상품판매업자들은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항

가. 보장성 상품

1) 보장성 상품의 내용

2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)

3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차

4) 위험보장의 범위

5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

나. 투자성 상품

1) 투자성 상품의 내용

2) 투자에 따른 위험

3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급

4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

다. 예금성 상품

1) 예금성 상품의 내용

2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

라. 대출성 상품

1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부·기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용

2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기

3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항

4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액

5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 "연계·제휴서비스등"이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항

가. 연계·제휴서비스등의 내용

나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항

다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항

4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융상품판매업자들은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

제20조(불공정영업행위의 금지)

① 금융상품판매업자들은 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위(이하 "불공정영업행위"라 한다)를 해서는 아니 된다.

1. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 다른 금융상품의 계약체결을 강요하는 행위
2. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 부당하게 담보를 요구하거나 보증을 요구하는 행위
3. 금융상품판매업자등 또는 그 임직원이 업무와 관련하여 편익을 요구하거나 제공받는 행위
4. 대출성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
 - 가. 자기 또는 제3자의 이익을 위하여 금융소비자에게 특정 대출 상환방식을 강요하는 행위
 - 나. 1)부터 3)까지의 경우를 제외하고 수수료, 위약금 또는 그 밖에 어떤 명목이든 중도상환수료를 부과하는 행위
 - 1) 대출계약이 성립한 날부터 3년 이내에 상환하는 경우
 - 2) 다른 법령에 따라 중도상환수수료 부과 허용되는 경우
 - 3) 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 경우
- 다. 개인에 대한 대출 등 대통령령으로 정하는 대출상품의 계약과 관련하여 제3자의 연대보증을 요구하는 경우
5. 연계·제휴서비스등이 있는 경우 연계·제휴서비스등을 부당하게 축소하거나 변경하는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위. 다만, 연계·제휴서비스등을 불가피하게 축소하거나 변경하더라도 금융소비자에게 그에 상응하는 다른 연계·제휴서비스등을 제공하는 경우와 금융상품판매업자등의 휴업·파산·경영상의 위기 등에 따른 불가피한 경우는 제외한다.
6. 그 밖에 금융상품판매업자등이 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 행위

제21조(부당권유행위 금지)

금융상품판매업자등은 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 해서는 아니 된다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위는 제외한다.

1. 불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위
2. 금융상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위
3. 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미치는 사항을 미리 알고 있으면서 금융소비자에게 알리지 아니하는 행위
4. 금융상품 내용의 일부에 대하여 비교대상 및 기준을 밝히지 아니하거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품과 비교하여 해당 금융상품이 우수하거나 유리하다고 알리는 행위
5. 보장성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당

하는 행위

- 가. 금융소비자(이해관계인으로서 대통령령으로 정하는 자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 보장성 상품 계약의 중요한 사항을 금융상품직접판매업자에게 알리는 것을 방해하거나 알리지 아니할 것을 권유하는 행위
- 나. 금융소비자가 보장성 상품 계약의 중요한 사항에 대하여 부실하게 금융상품직접판매업자에게 알릴 것을 권유하는 행위
6. 투자성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
 - 가. 금융소비자로부터 계약의 체결권유를 해줄 것을 요청받지 아니하고 방문·전화 등 실시간 대화의 방법을 이용하는 행위
 - 나. 계약의 체결권유를 받은 금융소비자가 이를 거부하는 취지의 의사를 표시하였는데도 계약의 체결권유를 계속하는 행위
7. 그 밖에 금융소비자 보호 또는 건전한 거래질서를 해칠 우려가 있는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 “소액분쟁사건”이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시하기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제46조(청약의 철회)

① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
 - 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
 - 나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·채화·용역(이하 이 조에서 “금전·채화등”이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일
 - 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날

나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.

1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 "서면등"이라 한다)을 발송한 때

2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때
가. 이미 공급받은 금전·재화등

나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자

다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용

③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.

1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.

3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.

⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.

⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령

령으로 정한다.

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사방법 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

【법규6】

도로교통법

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제50조의3, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.
- ⑤ 술에 취한 상태에 있다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 사람은 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전한 후 제2항 또는 제3항에 따른 측정을 곤란하게 할 목적으로 추가로 술을 마시거나 혈중알코올농도에 영향을 줄 수 있는 의약품 등 행정안전부령으로 정하는 물품을 사용하는 행위(이하 “음주측정방해행위”라 한다. 이하 같다)를 하여서는 아니 된다.
- ⑥ 제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다.

제45조(과로한 때 등의 운전 금지)

자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제151조(벌칙)

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

【법규7】

민법

제2조(신의성실)

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

제27조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 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 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제753조(미성년자의 책임능력)

미성년자가 타인에게 손해를 가한 경우에 그 행위의 책임을 변식할 능력이 없는 때에는 배상의 책임이 없다.

제754조(심신상실자의 책임능력)

심신상실 중에 타인에게 손해를 가한 자는 배상의 책임이 없다. 그러나 고의 또는 과실로 인하여 심신상실을 초래한 때에는 그러하지 아니하다.

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

【법규8】

민사소송법

제254조(재판장등의 소장심사권)

- ① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
- ② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
- ④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

제266조(소의 취하)

- ① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.
- ② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.
- ③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.
- ④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.
- ⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.
- ⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

- ① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.
- ② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제393조(항소의 취하)

- ① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있

다.

- ② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

- ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
- ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

- ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부분을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
- ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제412조(반소의 제기)

- ① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.
- ② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)

상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

소비자기본법

제70조(단체소송의 대상 등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
 - 가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
 - 나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
 - 다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
 - 가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청 받을 것
 - 나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
 - 다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
 - 라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사 가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조사회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공 받는 경우
- 9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
- 9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우
- 9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우
 - 가. 양 목적 간의 관련성
 - 나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경우
 - 다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
 - 라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부
10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 기록이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

① (생략)

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제35조(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 제1항에 따라 조회를 한 신용정보주체의 요청이 있는 경우 개인신용정보를 이용하거나 제공하는 때에 제1항 각 호의 구분에 따른 사항을 대통령령으로 정하는 바에 따라 신용정보주체에게 통지하여야 한다.

③ 신용정보회사등은 신용정보주체에게 제2항에 따른 통지를 요청할 수 있음을 알려주어야 한다.

제36조(상거래 거절 근거 신용정보의 고지 등)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회사(기업정보조협회무만 하는 기업신용조사회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관으로부터 제공받은 개인신용정보로서 대통령령으로 정하는 정보에 근거하여 상대방과의 상거래관계 설정을 거절

하거나 중지한 경우에는 해당 신용정보주체의 요구가 있으면 그 거절 또는 중지의 근거가 된 정보 등 대통령령으로 정하는 사항을 본인에게 고지하여야 한다.

② 신용정보주체는 제1항에 따라 고지받은 본인정보의 내용에 이의가 있으면 제1항에 따른 고지를 받은 날부터 60일 이내에 해당 신용정보를 수집·제공한 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조사회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관에게 그 신용정보의 정확성을 확인하도록 요청할 수 있다.

③ 제2항에 따른 확인절차 등에 관하여는 제38조를 준용한다.

제37조(개인신용정보 제공 동의 철회권 등)

① 개인인 신용정보주체는 제32조제1항 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 제33조제1항제1호에 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 제1항 및 제2항에 따른 권리의 내용, 행사 방법 등을 거래 상대방인 개인에게 고지하고, 거래 상대방이 제1항 및 제2항의 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 제3항에 따른 의무를 이행하기 위한 절차를 갖추어야 한다.

⑤ 신용정보제공·이용자는 제2항에 따른 청구에 따라 발생하는 전화요금 등 금전적 비용을 개인인 신용정보주체가 부담하지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 조치를 하여야 한다.

제38조(신용정보의 열람 및 정정청구 등)

① 신용정보주체는 신용정보회사등에 본인의 신분을 나타내는 증표를 내보이거나 전화, 인터넷 홈페이지의 이용 등 대통령령으로 정하는 방법으로 본인임을 확인받아 신용정보회사등이 가지고 있는 신용정보주체 본인에 관한 신용정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보의 교부 또는 열람을 청구할 수 있다.

② 제1항에 따라 자신의 신용정보를 열람한 신용정보주체는 본인 신용정보가 사실과 다른 경우에는 금융위원회가 정하여 고지하는 바에 따라 정정을 청구할 수 있다.

③ 제2항에 따라 정정청구를 받은 신용정보회사등은 정정청구에 정당한 사유가 있다고 인정하면 지체 없이 해당

신용정보의 제공·이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 사실과 다르거나 확인할 수 없는 신용정보는 삭제하거나 정정하여야 한다.

④ 제3항에 따라 신용정보를 삭제하거나 정정한 신용정보회사등은 해당 신용정보를 최근 6개월 이내에 제공받은 자와 해당 신용정보주체가 요구하는 자에게 해당 신용정보에서 삭제하거나 정정한 내용을 알려야 한다.

⑤ 신용정보회사등은 제3항 및 제4항에 따른 처리결과를 7일 이내에 해당 신용정보주체에게 알려야 하며, 해당 신용정보주체는 처리결과에 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있다. 다만, 개인신용정보에 대한 제45조의3제1항에 따른 상거래기업 및 법인의 처리에 대하여 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 「개인정보 보호법」에 따른 개인정보 보호위원회(이하 “보호위원회”라 한다)에 그 시정을 요청할 수 있다.

⑥ 금융위원회 또는 보호위원회는 제5항에 따른 시정을 요청받으면 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」 제24조에 따라 설립된 금융감독원의 원장(이하 “금융감독원장”이라 한다) 또는 보호위원회가 지정한 자로 하여금 그 사실 여부를 조사하게 하고, 조사결과에 따라 신용정보회사등에 대하여 시정을 명하거나 그 밖에 필요한 조치를 할 수 있다. 다만, 필요한 경우 보호위원회는 해당 업무를 직접 수행할 수 있다.

⑦ 제6항에 따라 조사를 하는 자는 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 내보여야 한다.

⑧ 신용정보회사등이 제6항에 따른 금융위원회 또는 보호위원회의 시정명령에 따라 시정조치를 한 경우에는 그 결과를 금융위원회 또는 보호위원회에 보고하여야 한다.

【법규11】

약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~4. (생략)

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.

(이하 생략)

【법규12】

여객자동차 운수사업법 시행령

제3조(여객자동차운수사업의 종류)

「여객자동차 운수사업법」(이하 “법”이라 한다) 제3조 제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운수사업과 구역 여객자동차운수사업은 다음 각 호와 같이 세분한다.

1. 노선 여객자동차운수사업

가. 시내버스운수사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

나. 농어촌버스운수사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

다. 마을버스운수사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운수사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업

라. 시외버스운수사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

2. 구역 여객자동차운수사업

가. 전세버스운수사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업

나. 특수여객자동차운수사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장래에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업

다. 일반택시운수사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하

는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업.
이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라
경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형
등으로 구분한다.

- 라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하
고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1
개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하
는 자동차 1대를 사업자가 직접운전(사업자의
질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있
는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사
업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에
따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고
급형 등으로 구분한다.

【법규13】

의료급여법

제7조(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 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등
의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고,
의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장
관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정
할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보
건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할
수 있다.

【법규14】

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.

제3조의2(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.

제3조의3(종합병원)

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 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.

제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

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

필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【법규15】

의료법 시행규칙

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호 및 제14호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다

【별표 3】

의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)

시 설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한 방 병원	의 원	치 과 의 원	한 의 원	조 산 원
1~11. (생략)							
1 1 의 2 탕 전 실	1 (관련 한 의과 진 료과목을 두고 탕 전을 하 는 경우 에만 갖 춘다)	1 (관련 한 의과 진 료과목을 두고 탕 전을 하 는 경우 에만 갖 춘다)	1 (탕 전을 하 는 경우 에만 갖 춘다)			1 (탕 전을 하 는 경우 에만 갖 춘다)	
(이하 생략)							

【별표 4】

의료기관의 시설규격(제34조 관련)

1~11. (생략)

11의2. 탕전실

- 가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관 시설을 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 수돗물이나 「먹는물관리법」 제5조에 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 한의

사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.
(이하 생략)

【법규16】

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

【별표1】 자동차의 종류(제2조 관련) 1. 규모별 세부기준					
종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용자동차	배기량이 250cc이하이고, 길이 3.6미터 이하인 것	배기량이 1,000cc이하의 경우 최고출력이 80킬로와트 미만이고, 길이 3.6미터 이하인 것	배기량이 1,600cc이하이고, 길이 4.7미터 이하인 것	배기량이 1,600cc이상 2,000cc이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000cc이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합자동차	배기량이 1,000cc이하의 경우 최고출력이 80킬로와트 미만이고, 길이 3.6미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것

화물자동차	배기량이 250시시(전자자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전자자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대 적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대 적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것	최대 적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것
특수자동차	배기량이 250시시(전자자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전자자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 10톤 이상인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것
이륜자동차	배기량이 50시시 미만(최고출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 125시시 이하(최고출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 125시시 초과 260시시 이하(최고출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시(최고출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 우선형인 것
	승용경화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 형로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용경화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·현행·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
특수자동차	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
이륜자동차	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전의 즐거기 위한 경쾌한 구조인 것
기타형	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것
	※ 비교	
	1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다. 가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형 화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형	

화물자동차 및 특수용도형인 경형 화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재 공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차

- 1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
- 2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이 벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
- 3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적 하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차

나. 법 제3조제1항제5호에서 "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 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차 중 최고출력 기준이 규정되어 있지 않은 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.

나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.

다. 최고출력(maximum net power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

【법규17】

자동차손해배상보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.

1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도 금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

【법규18】

장기등 이식에 관한 법률

제4조(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. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정·고시한 것
 - 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 제14조에 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 제15조에 따라 등록한 사람을 말한다.
4. "장기등이식대기자"란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
5. "살아있는 사람"이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, "뇌사자"란 이 법에 따른 뇌사판정 기준 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, 14세 미만인 사람은 제외한다.
 - 가. 배우자
 - 나. 직계비속
 - 다. 직계존속
 - 라. 형제자매
 - 마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족

제14조(장기등기증자 등의 등록)

① 장기등기증자 또는 장기등이식대기자로 등록하려는 사람은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 등록기관에 등록을 신청하여야 한다. 다만, 장기등기증자가 뇌사자 또는 사망한 자의 경우에는 그 가족 또는 유족 중 1명이나 제16조제4항에 따른 뇌사판정기관의 장(뇌사자 또는 사망

자가 제15조에 따른 장기등기증희망등록을 한 경우에 한정한다)이 등록을 신청할 수 있다.

② 등록기관의 장은 제1항에 따른 신청을 받으면 다음 각 호의 기준에 따라 등록 여부를 결정하여야 한다.

1. 장기등기증자의 경우: 제12조 및 제22조에 따른 본인이나 가족 또는 유족의 동의 여부와 등록기관의 장이 실시하는 신체검사(등록기관이 의료기관이 아닌 경우에는 등록기관의 장이 지정하는 의료기관에서 실시하는 신체검사를 말한다. 이하 같다) 결과 장기등기증자로 적합한지 여부. 다만, 장기등기증자로 적합한지 확인할 수 있는 신체검사 결과가 있으면 신체검사를 생략할 수 있다.
 2. 장기등이식대기자의 경우: 등록기관의 장이 실시하는 신체검사 결과 장기등이식대기자로 적합한지 여부
- ③ 등록기관의 장은 제2항에 따라 등록을 결정하면 그 등록을 하고, 지체 없이 그 결과를 신청인 및 국립장기이식관리기관의 장에게 알려야 한다.
- ④ 제2항에 따른 신체검사의 항목 및 방법, 그 밖에 신체검사의 실시에 관하여 필요한 사항은 국립장기이식관리기관의 장이 보건복지부장관의 승인을 받아 정한다.
- ⑤ 등록기관의 장은 등록한 사람이 장기등의 기증 등에 관한 의사표시를 철회하면 즉시 그 등록을 말소하여야 한다.

제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등)

- ① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.
- ② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제4조(단체등의 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 제1항의 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 1까지 가중한다.

1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
 - 가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
 - 나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
 - 다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
 - 라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄

2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

한의학육성법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "한의학"이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
3. "한의학기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(韓藥製劑), 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제5호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다)·제조·유통·보관 등 한의약과 관련한 모든 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

【법규21】

형법

제13장 방화와 실화의 죄

제170조(실화)

- ① 과실로 제164조 또는 제165조에 기재한 물건 또는 타인 소유인 제166조에 기재한 물건을 불태운 자는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 과실로 자기 소유인 제166조의 물건 또는 제167조에 기재한 물건을 불태워 공공의 위험을 발생하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.

제171조(업무상실화, 중실화)

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 제170조의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제24장 살인의 죄

제250조(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.

제251조

삭제

제252조(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 제1항의 형에 처한다.

제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)

전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)

제250조, 제252조 및 제253조의 미수범은 처벌한다.

제255조(예비, 음모)

제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제256조(자격정지의 병과)

제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제25장 상해와 폭행의 죄

제257조(상해, 존속상해)

- ① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의

벌금에 처한다.

- ③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제258조(중상해, 존속중상해)

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
- ③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

제259조(상해치사)

- ① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)

- ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제261조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제262조(폭행치사상)

제260조와 제261조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제257조부터 제259조까지의 예에 따른다.

제263조(동시범)

독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)

상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제265조(자격정지의 병과)

제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제26장 과실치사상의 죄

제266조(과실치상)

- ① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제267조(과실치사)

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제31장 약취(略取), 유인(誘引) 및 인신매매의 죄

제287조(미성년자의 약취, 유인)

미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

제288조(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 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

제289조(인신매매)

- ① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매대한 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 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

제290조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상)

- ① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3년 이상 25년 이하의 징역에 처한다.
- ② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

제291조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인·치사)

- ① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
- ② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제32장 강간과 추행의 죄

제297조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제297조의2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에게 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.

제298조(강제추행)

폭행 또는 협박으로 사람에게 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

제299조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.

제300조(미수범)

제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.

제301조(강간등 상해·치상)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제301조의2(강간등 살인·치사)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제302조(미성년자등에 대한 간음)

미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력등에 의한 간음)

- ① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에게 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.

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)

- ① 13세 미만의 사람에게 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.
- ② 13세 이상 16세 미만의 사람에게 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

제305조의2(상습범)

상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제38장 절도와 강도의 죄

제339조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징

역에 처한다.

【법규22】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "손해보험회사"란 「보험업법」 제4조에 따른 화재 보험업의 허가를 받은 자를 말한다.
2. "특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조제1항에 따른 손해배상책임을 담보하는 보험을 말한다.
3. "특수건물"이란 국유건물·공유건물·교육시설·백화점·시장·의료시설·흥행장·숙박업소·다중이용업소·운수시설·공장·공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.
4. "소방시설"이란 「소방시설 설치 및 관리에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 소방시설등, 「건축법」 제49조에 따른 피난시설, 그 밖에 소방 관련 시설로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임)

- ① 특수건물의 소유자는 그 특수건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때 또는 다른 사람의 재물에 손해가 발생한 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조제1항제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 이 경우 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물의 소유자에게 경과실(輕過失)이 있는 경우에도 또한 같다.
- ② 특수건물 소유자의 손해배상책임에 관하여는 이 법에서 규정하는 것 외에는 「민법」에 따른다.

제8조(보험금액)

- ① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.
 1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액
 2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구분에 따른 금액
 - 가. 사망의 경우: 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
 - 나. 부상의 경우: 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액
 - 다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 화재 1건마다 1억원 이상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액
- ② 제1항 제1호에 따른 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

제16조(안전점검)

- ① 협회는 보험계약을 체결할 때 또는 보험계약을 갱신할 때마다 해당 특수건물의 화재예방 및 소방시설의 안전점

검을 하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 특수건물에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 일정 기간 안전점검을 하지 아니할 수 있다.

1. 안전점검 결과 총리령으로 정하는 화재위험도지수 (「보험업법」 제176조에 따른 보험요율 산출기관이 정한 화재위험도지수를 말한다)가 낮은 특수건물
 2. 「고압가스 안전관리법」 제13조의2제1항에 따라 안전성향상계획을 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물
 3. 「산업안전보건법」 제44조제1항에 따라 공정안전보고서를 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물
- ② 협회는 필요하다고 인정할 때에는 특약부화재보험에 가입한 특수건물에 대하여 화재예방 및 소방시설의 안전점검을 할 수 있다. 이 경우 제1항 단서를 준용한다.
- ③ 협회는 제1항 및 제2항에 따른 안전점검을 실시함에 있어 총리령으로 정하는 서식을 활용하여야 한다.
- ④ 특수건물의 소유자는 정당한 이유가 없으면 제1항과 제2항에 따른 안전점검에 응하여야 한다.
- ⑤ 특수건물의 소유자가 제1항이나 제2항에 따른 안전점검에 응하지 아니하면 협회는 소방관서의 장에게 그에 대한 안전점검을 요청할 수 있다.
- ⑥ 협회는 제1항과 제2항에 따른 안전점검을 할 때에 어떠한 명목의 비용도 받을 수 없다.
- ⑦ 협회는 제1항 및 제2항에 따른 안전점검을 실시한 경우 그 점검결과를 총리령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장 및 소방관서의 장에게 통보하여야 한다. 이 경우 제17조에 따른 개선 요청이 있는 경우에는 이를 포함하여 통보하여야 한다.
- ⑧ 제1항과 제2항에 따른 안전점검 및 제7항에 따른 통보 등에 관하여 필요한 세부사항은 대통령령으로 정한다.

【법규23】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

제2조(특수건물)

- ① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다.
1. 「국유재산법」 제5조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다.
 - 1의2. 「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.
 2. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
 3. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 4. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 5. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 6. 「공연법」 제2조제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 7. 「방송법」 제2조제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 9. 「농수산물 유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.
 10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적

의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

가. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 게임제공업

나. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업

다. 「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조제13호에 따른 노래연습장업

라. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업

마. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호나목에 따른 일반음식점영업

바. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호다목에 따른 단란주점영업

사. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호라목에 따른 유흥주점영업

아. 「식품위생법 시행령」 제21조제9호에 따른 공유주방 운영업

11. 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 건물을 제외한다.

12. 「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우 「공동주택관리법」 제2조제1항제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.

13. 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제16조제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용도로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

15. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

16. 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

17. 「도시철도법」 제2조제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.

18. 「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물

② 제1항제12호 및 제14호에 따른 건물의 층수 계산방법은 「건축법 시행령」 제119조제1항제9호에 따르되, 건축

물의 옥상부분으로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다.

제5조(보험금액)

① 법 제8조제1항제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.

1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 별표 1에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라한다)의 경우: 피해자 1명마다 별표 2에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 하나의 사고로 제1항제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 보험금을 지급한다.

1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액
2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

제8조(보험금 지급)

① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.

② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체없이 다음 각호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.

1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

【법규24】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙

제2조(손해액)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조제1항제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급여액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액

2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비

② 영 제5조제1항제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다.

③ 영 제5조제1항제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급여액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다.

④ 영 제5조제1항제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비

2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액

【법규25】

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률

제1조(목적)

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

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
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, 심리 사회적, 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 19세 이상인 사람이 자신의

연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

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

【법규26】

장애인복지법

제32조(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 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 “등록증”이라 한다)을 내주어야 한다.

② 삭제

③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 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 삭제

⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.

⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 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」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.

⑦ 삭제

⑧ 보건복지부장관 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 「사회보장기본법」 제37조에 따른 사회보장정보시스템을 이용하여 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인이 필요한 경우에 이를 확인하여 줄 수 있다.

⑨ 제1항, 제3항, 제5항, 제6항 및 제8항에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

장애인복지법 시행령

제2조(장애의 종류 및 기준)

- ① 「장애인복지법」(이하 “법”이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 “대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자”란 별표 1에서 정한 사람을 말한다.
- ② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.

[별표1]

장애의 종류 및 기준에 따른 장애인(제2조 관련)

1. 지체장애인(肢體障礙人)
 - 가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람
 - 나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
 - 다. 한 다리를 가로발목뼈관절(lisfranc joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
 - 라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
 - 마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람
 - 바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람
 - 사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람
2. 뇌병변장애인(腦病變障礙人)

뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람
3. 시각장애인(視覺障礙人)
 - 가. 나쁜 눈의 시력(공인된 시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람
 - 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
 - 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
 - 라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람
 - 마. 두 눈의 중심 시야에서 20도 이내에 겹보임(복시(複視))이 있는 사람
4. 청각장애인(聽覺障礙人)
 - 가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
 - 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람
 - 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
 - 라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 언어장애인(言語障礙人)

음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애

가 있는 사람

6. 지적장애인(知的障礙人)

정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람
7. 자폐성장애인(自閉性障礙人)

소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체 표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람
8. 정신장애인(精神障礙人)

다음 각 목의 장애·질환에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

 - 가. 지속적인 양극성 정동장애(情動障礙, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 조현병, 조현정동장애(調絃情動障礙) 및 재발성 우울장애
 - 나. 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애, 투렛장애(Tourette's disorder) 및 기면증
9. 신장장애인(腎臟障礙人)

신장의 기능장애로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
10. 심장장애인(心臟障礙人)

심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
11. 호흡기장애인(呼吸器障礙人)

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
12. 간장애인(肝障礙人)

간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
13. 안면장애인(顔面障礙人)

안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람
14. 장루·요루장애인(腸瘻·尿瘻障礙人)

배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
15. 뇌전증장애인(腦電症障礙人)

뇌전증에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

【법규28】

장애인복지법 시행규칙

제3조(장애인의 등록신청 및 장애 진단)

① 법 제32조제1항에 따라 장애인의 등록을 신청하려는 자는 별지 제1호의4서식의 장애인 등록 및 서비스 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 제출해야 한다. 다만, 시장·군수·구청장은 법 제32조의2에 따라 장애인 등록을 하려는 사람에 대해서는 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 재외동포 및 외국인임을 증명하는 서류를 확인해야 하며, 신청인이 확인에 동의하지 않은 경우에는 이를 첨부하도록 해야 한다.

1. 사진(신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진으로 가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터의 사진을 말한다) 1장
2. 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류

② 제1항에 따른 등록신청을 받은 시장·군수·구청장은 등록대상자와의 상담을 통하여 그 장애 상태가 영 제2조에 따른 장애의 기준에 명백하게 해당되지 않는 경우 외에는 지체 없이 별지 제2호서식의 의뢰서에 따라 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 또는 「지역보건법」 제10조 및 제13조에 따른 보건소와 보건지소(이하 "의료기관"이라 한다) 중 보건복지부장관이 정하는 장애유형별 해당 전문의가 있는 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.

③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다.

④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

제6조(장애 정도의 조정)

① 장애인은 장애 상태가 현저하게 변화되어 장애 정도의 조정이 필요한 경우에는 별지 제1호의4서식의 신청서에 등록증과 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류를 첨부하여 시장·군수·구청장에게 장애 정도의 조정을 신청할 수 있다.

② 제1항에 따라 장애 정도의 조정신청을 받은 시장·군수·구청장은 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.

③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다.

④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할

수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

⑤ 제3항과 제4항에 따라 진단 결과나 장애 정도 심사결과를 통보받은 시장·군수·구청장은 통보받은 내용을 토대로 장애 정도를 조정하고, 그 결과를 신청인에게 통지해야 한다.

제7조(장애 상태 확인)

① 시장·군수·구청장은 법 제32조제3항에 따라 장애인의 장애 상태를 확인하여 장애 상태에 맞는 장애 정도를 유지하도록 해야 한다. 다만, 장애 상태에 현저한 변화 가능성이 없다고 판단되는 장애인에 대해서는 그렇지 않다.

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 장애인의 장애 상태를 확인하려는 경우에는 별지 제7호서식의 통보서를 해당 장애인에게 송부해야 한다.

③ 장애 상태를 확인하기 위한 장애 진단 및 장애 정도의 조정에 관하여는 제6조제2항부터 제5항까지의 규정을 준용한다.

국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제6조(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」 제23조제1항제3호의2에 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」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.

③ 국가보훈부장관은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 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 국가보훈처장에게 통보하여야 한다.

④ 국가보훈부장관은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 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 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 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 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

상법

제651조(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 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제657조(보험사고발생의 통지의무)

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제731조(타인의 생명의 보험)

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 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 제731조제1항에 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

응급의료에 관한 법률

제2조(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 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.

제35조의 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 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

응급의료에 관한 법률 시행규칙

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. [별표1]의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료 종사자가 판단하는 증상

[별표1]

응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 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 손실
- 사. 알리지 : 얼굴 부종을 동반한 알리지 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, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- 라. 출혈 : 혈관손상
- 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 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

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

【법규35】

특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률

제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)

자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

【법규36】

형사소송법

제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)

- ① 지방법원은 그 관할에 속한 사건에 대하여 검사의 청구가 있는 때에는 공판절차없이 약식명령으로 피고인을 벌금, 과료 또는 몰수에 처할 수 있다.
- ② 전항의 경우에는 추정 기타 부수의 처분을 할 수 있다.

제450조(보통의 심판)

약식명령의 청구가 있는 경우에 그 사건이 약식명령으로 할 수 없거나 약식명령으로 하는 것이 적당하지 아니하다고 인정한 때에는 공판절차에 의하여 심판하여야 한다.

제453조(정식재판의 청구)

- ① 검사 또는 피고인은 약식명령의 고지를 받은 날부터 7일 이내에 정식재판의 청구를 할 수 있다. 단, 피고인은 정식재판의 청구를 포기할 수 없다.
- ② 정식재판의 청구는 약식명령을 한 법원에 서면으로 제출하여야 한다.
- ③ 정식재판의 청구가 있는 때에는 법원은 지체없이 검사 또는 피고인에게 그 사유를 통지하여야 한다.

【법규37】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제5조의2(중증질환심의위원회)

- ① 중증환자에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.
- ② 중증질환심의위원회는 보건의료분야에 관한 학식과 경험이 풍부한 45인 이내의 위원으로 구성하되, 중증질환심의위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원의 정관으로 정한다.

【법규38】

산업재해보상보험법

제5조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "업무상의 재해"란 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말한다.
2. "근로자"·"임금"·"평균임금"·"통상임금"이란 각각 「근로기준법」에 따른 "근로자"·"임금"·"평균임금"·"통상임금"을 말한다. 다만, 「근로기준법」에 따라 "임금" 또는 "평균임금"을 결정하기 어렵다고 인정되면 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금액을 해당 "임금" 또는 "평균임금"으로 한다.
3. "유족"이란 사망한 사람의 배우자(사실상 혼인 관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)·자녀·부모·손자녀·조부모 또는 형제자매를 말한다.
4. "치유"란 부상 또는 질병이 완치되거나 치료의 효과를 더 이상 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에 이르게 된 것을 말한다.
5. "장해"란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태를 말한다.
6. "중증요양상태"란 업무상의 부상 또는 질병에 따른 정신적 또는 육체적 훼손으로 노동능력이 상실되거나 감소된 상태에서 그 부상 또는 질병이 치유되지 아니한 상태를 말한다.
7. "진폐"(塵肺)란 분진을 흡입하여 폐에 생기는 섬유증식성(纖維增殖性) 변화를 주된 증상으로 하는 질병을 말한다.
8. "출퇴근"이란 취업과 관련하여 주거와 취업장소 사이의 이동 또는 한 취업장소에서 다른 취업장소로의 이동을 말한다.

제37조(업무상의 재해의 인정 기준)

① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 부상·질병 또는 장해가 발생하거나 사망하면 업무상의 재해로 본다. 다만, 업무와 재해 사이에 상당인과관계(相當因果關係)가 없는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 업무상 사고
 - 가. 근로자가 근로계약에 따른 업무나 그에 따르는 행위를 하던 중 발생한 사고
 - 나. 사업주가 제공한 시설물 등을 이용하던 중 그 시설물 등의 결함이나 관리소홀로 발생한 사고
 - 라. 사업주가 주관하거나 사업주의 지시에 따라 참여한 행사나 행사준비 중에 발생한 사고
 - 마. 휴게시간 중 사업주의 지배관리하에 있다고 볼 수 있는 행위로 발생한 사고
 - 바. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 사고
2. 업무상 질병
 - 가. 업무수행 과정에서 물리적 인자(因子), 화학물질, 분진, 병원체, 신체에 부담을 주는 업무 등 근로자의 건강에 장해를 일으킬 수 있

는 요인을 취급하거나 그에 노출되어 발생한 질병

나. 업무상 부상이 원인이 되어 발생한 질병

다. 「근로기준법」 제76조의2에 따른 직장 내 괴롭힘, 고객의 폭언 등으로 인한 업무상 정신적 스트레스가 원인이 되어 발생한 질병

라. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 질병

3. 출퇴근 재해

가. 사업주가 제공한 교통수단이나 그에 준하는 교통수단을 이용하는 등 사업주의 지배관리 하에서 출퇴근하는 중 발생한 사고

나. 그 밖에 통상적인 경로와 방법으로 출퇴근하는 중 발생한 사고

② 근로자의 고의·자해행위나 범죄행위 또는 그것이 원인이 되어 발생한 부상·질병·장해 또는 사망은 업무상의 재해로 보지 아니한다. 다만, 그 부상·질병·장해 또는 사망이 정상적인 인식능력 등이 뚜렷하게 낮아진 상태에서 한 행위로 발생한 경우로서 대통령령으로 정하는 사유가 있으면 업무상의 재해로 본다.

③ 제1항제3호나목의 사고 중에서 출퇴근 경로 일탈 또는 중단이 있는 경우에는 해당 일탈 또는 중단 중의 사고 및 그 후의 이동 중의 사고에 대하여는 출퇴근 재해로 보지 아니한다. 다만, 일탈 또는 중단이 일상생활에 필요한 행위로서 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 출퇴근 재해로 본다.

④ 출퇴근 경로와 방법이 일정하지 아니한 직종으로 대통령령으로 정하는 경우에는 제1항제3호나목에 따른 출퇴근 재해를 적용하지 아니한다.

⑤ 업무상의 재해의 구체적인 인정 기준은 대통령령으로 정한다.

【법규39】

산업재해보상보험법 시행령

제27조(업무수행 중의 사고)

① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하던 중에 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호가목에 따른 업무상 사고로 본다.

1. 근로계약에 따른 업무수행 행위
2. 업무수행 과정에서 하는 용변 등 생리적 필요 행위
3. 업무를 준비하거나 마무리하는 행위, 그 밖에 업무에 따르는 필요적 부수행위
4. 천재지변·화재 등 사업장 내에 발생한 돌발적인 사고에 따른 긴급피난·구조행위 등 사회통념상 예견되는 행위

② 근로자가 사업주의 지시를 받아 사업장 밖에서 업무를 수행하던 중에 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호가목에 따른 업무상 사고로 본다. 다만, 사업주의 구체적인 지시를 위반한 행위, 근로자의 사적(私的) 행위 또는 정상적인 출장 경로를 벗어났을 때 발생한 사고는 업무상 사고로 보지 않는다.

③ 업무의 성질상 업무수행 장소가 정해져 있지 않은 근로자가 최초로 업무수행 장소에 도착하여 업무를 시작한 때부터 최후로 업무를 완수한 후 퇴근하기 전까지 업무와 관련하여 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호가목에 따른 업무상 사고로 본다.

제28조(시설물 등의 결함 등에 따른 사고)

① 사업주가 제공한 시설물, 장비 또는 차량 등(이하 이 조에서 “시설물등”이라 한다)의 결함이나 사업주의 관리 소홀로 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호나목에 따른 업무상 사고로 본다.

② 사업주가 제공한 시설물등을 사업주의 구체적인 지시를 위반하여 이용한 행위로 발생한 사고와 그 시설물등의 관리 또는 이용권이 근로자의 전속적 권한에 속하는 경우에 그 관리 또는 이용 중에 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호나목에 따른 업무상 사고로 보지 않는다.

제30조(행사 중의 사고)

운동경기·야유회·등산대회 등 각종 행사(이하 “행사”라 한다)에 근로자가 참가하는 것이 사회통념상 노무관리 또는 사업운영상 필요하다고 인정되는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 근로자가 그 행사에 참가(행사 참가를 위한 준비·연습을 포함한다)하여 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호라목에 따른 업무상 사고로 본다.

1. 사업주가 행사에 참가한 근로자에 대하여 행사에 참가한 시간을 근무한 시간으로 인정하는 경우
2. 사업주가 그 근로자에게 행사에 참가하도록 지시한 경우
3. 사전에 사업주의 승인을 받아 행사에 참가한 경우
4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 규정에 준하는 경우로서 사업주가 그 근로자의 행사 참가를 통상적·관례적으로 인정한 경우

제31조(특수한 장소에서의 사고)

사회통념상 근로자가 사업장 내에서 할 수 있다고 인정되는 행위를 하던 중 태풍·홍수·지진·눈사태 등의 천재지변이나 돌발적인 사태로 발생한 사고는 근로자의 사적 행위, 업무 이탈 등 업무와 관계없는 행위를 하던 중에 사고가 발생한 것이 명백한 경우를 제외하고는 법 제37조 제1항제1호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

제32조(요양 중의 사고)

업무상 부상 또는 질병으로 요양을 하고 있는 근로자에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사고가 발생하면 법 제37조제1항제1호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

1. 요양급여와 관련하여 발생한 의료사고
2. 요양 중인 산재보험 의료기관(산재보험 의료기관이 아닌 의료기관에서 응급진료 등을 받는 경우에는 그 의료기관을 말한다. 이하 이 조에서 같다) 내에서 업무상 부상 또는 질병의 요양과 관련하여 발생한 사고
3. 업무상 부상 또는 질병의 치료를 위하여 거주지 또는 근무지에서 요양 중인 산재보험 의료기관으로 통원하는 과정에서 발생한 사고

제33조(제3자의 행위에 따른 사고)

제3자의 행위로 근로자에게 사고가 발생한 경우에 그 근로자가 담당한 업무가 사회통념상 제3자의 가해행위를 유발할 수 있는 성질의 업무라고 인정되면 그 사고는 법 제37조제1항제1호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

제34조(업무상 질병의 인정기준)

① 근로자가 「근로기준법 시행령」 제44조제1항 및 같은 법 시행령 별표 5의 업무상 질병의 범위에 속하는 질병에 걸린 경우(임신 중인 근로자가 유산·사산 또는 조산한 경우를 포함한다. 이하 이 조에서 같다) 다음 각 호의 요건 모두에 해당하면 법 제37조제1항제2호가목에 따른 업무상 질병으로 본다.

1. 근로자가 업무수행 과정에서 유해·위험요인을 취급하거나 유해·위험요인에 노출된 경력이 있을 것
 2. 유해·위험요인을 취급하거나 유해·위험요인에 노출되는 업무시간, 그 업무에 종사한 기간 및 업무환경 등에 비추어 볼 때 근로자의 질병을 유발할 수 있다고 인정될 것
 3. 근로자가 유해·위험요인에 노출되거나 유해·위험요인을 취급한 것이 원인이 되어 그 질병이 발생하였다고 의학적으로 인정될 것
- ② 업무상 부상을 입은 근로자에게 발생한 질병이 다음 각 호의 요건 모두에 해당하면 법 제37조제1항제2호나목에 따른 업무상 질병으로 본다.
1. 업무상 부상과 질병 사이의 인과관계가 의학적으로 인정될 것
 2. 기초질환 또는 기존 질병이 자연발생적으로 나타난 증상이 아닐 것
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 업무상 질병(진폐증은 제외한다)에 대한 구체적인 인정 기준은 별표 3과 같다.
- ④ 공단은 근로자의 업무상 질병 또는 업무상 질병에 따른 사망의 인정 여부를 판정할 때에는 그 근로자의 성별,

연령, 건강 정도 및 체질 등을 고려하여야 한다.

제35조(출퇴근 중의 사고)

① 근로자가 출퇴근하던 중에 발생한 사고가 다음 각 호의 요건에 모두 해당하면 법 제37조제1항제3호가목에 따른 출퇴근 재해로 본다.

1. 사업주가 출퇴근용으로 제공한 교통수단이나 사업주가 제공한 것으로 볼 수 있는 교통수단을 이용하던 중에 사고가 발생하였을 것
 2. 출퇴근용으로 이용한 교통수단의 관리 또는 이용권이 근로자측의 전속적 권한에 속하지 아니하였을 것
- ② 법 제37조제3항 단서에서 “일상생활에 필요한 행위로서 대통령령으로 정하는 사유”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
1. 일상생활에 필요한 용품을 구입하는 행위
 2. 「고등교육법」 제2조에 따른 학교 또는 「직업교육훈련 촉진법」 제2조에 따른 직업교육훈련기관에서 직업능력 개발향상에 기여할 수 있는 교육이나 훈련 등을 받는 행위
 3. 선거권이나 국민투표권의 행사
 4. 근로자가 사실상 보호하고 있는 아동 또는 장애인을 보육기관 또는 교육기관에 데려주거나 해당 기관으로부터 데려오는 행위
 5. 의료기관 또는 보건소에서 질병의 치료나 예방을 목적으로 진료를 받는 행위
 6. 근로자의 돌봄이 필요한 가족 중 의료기관 등에서 요양 중인 가족을 돌보는 행위
 7. 제1호부터 제6호까지의 규정에 준하는 행위로서 고용노동부장관이 일상생활에 필요한 행위라고 인정하는 행위

제35조의2(출퇴근 재해 적용 제외 직종 등)

법 제37조제4항에서 “출퇴근 경로와 방법이 일정하지 아니한 직종으로 대통령령으로 정하는 경우”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 직종에 종사하는 사람(법 제124조에 따라 자기 또는 유족을 보험급여를 받을 수 있는 자로 하여 보험에 가입한 사람으로서 근로자를 사용하지 않는 사람을 말한다)이 본인의 주거지에 업무에 사용하는 자동차 등의 차고지를 보유하고 있는 경우를 말한다.

1. 「여객자동차 운수사업법」 제3조제1항제3호에 따른 수요응답형 여객자동차운송사업
2. 「여객자동차 운수사업법 시행령」 제3조제2호라목에 따른 개인택시운송사업
3. 퀵서비스업[소화물의 집화(集貨)·수송 과정 없이 그 배송만을 업무로 하는 사업을 말한다. 이하 같다]

제36조(자해행위에 따른 업무상의 재해의 인정 기준)

법 제37조제2항 단서에서 “대통령령으로 정하는 사유”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

1. 업무상의 사유로 발생한 정신질환으로 치료를 받았거나 받고 있는 사람이 정신적 이상 상태에서 자해행위를 한 경우
2. 업무상의 재해로 요양 중인 사람이 그 업무상의 재

해로 인한 정신적 이상 상태에서 자해행위를 한 경우

3. 그 밖에 업무상의 사유로 인한 정신적 이상 상태에서 자해행위를 하였다는 상당인과관계가 인정되는 경우

제37조(사망의 추정)

① 법 제39조제1항에 따라 사망으로 추정하는 경우는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우로 한다.

1. 선박이 침몰·전복·멸실 또는 행방불명되거나 항공기가 추락·멸실 또는 행방불명되는 사고가 발생한 경우에 그 선박 또는 항공기에 타고 있던 근로자의 생사가 그 사고 발생일부터 3개월간 밝혀지지 아니한 경우
2. 항행 중인 선박 또는 항공기에 타고 있던 근로자가 행방불명되어 그 생사가 행방불명된 날부터 3개월간 밝혀지지 아니한 경우
3. 천재지변, 화재, 구조물 등의 붕괴, 그 밖의 각종 사고의 현장에 있던 근로자의 생사가 사고 발생일부터 3개월간 밝혀지지 아니한 경우

② 제1항에 따라 사망으로 추정되는 사람은 그 사고가 발생한 날 또는 행방불명된 날에 사망한 것으로 추정한다.

③ 제1항 각 호의 사유로 생사가 밝혀지지 아니하였던 사람이 사고가 발생한 날 또는 행방불명된 날부터 3개월 이내에 사망한 것이 확인되었으나 그 사망 시기가 밝혀지지 아니한 경우에도 제2항에 따른 날에 사망한 것으로 추정한다.

④ 보험가입자는 제1항 각 호의 사유가 발생한 때 또는 사망이 확인된 때(제3항에 따라 사망한 것으로 추정하는 때를 포함한다)에는 지체 없이 공단에 근로자 실종 또는 사망확인의 신고를 하여야 한다.

⑤ 법 제39조제1항에 따라 보험급여를 지급한 후에 그 근로자의 생존이 확인되면 보험급여를 받은 사람과 보험가입자는 그 근로자의 생존이 확인된 날부터 15일 이내에 공단에 근로자 생존확인신고를 하여야 한다.

⑥ 공단은 근로자의 생존이 확인된 경우에 보험급여를 받은 사람에게 법 제39조제2항에 따른 금액을 낼 것을 알려야 한다.

⑦ 제6항에 따른 통지를 받은 사람은 그 통지를 받은 날부터 30일 이내에 통지받은 금액을 공단에 내야 한다.

기타 제도성 특별약관

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

① 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)는 이 보험료 자동납입 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

② 제1항에 따라 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 제18조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

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

제3조(계약 후 알릴의무)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

사망보험금 양육연금전환 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 사망보험금 양육연금전환 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 피보험자의 사망을 보험금 지급사유로 하고 사망보험금을 일시에 지급하는 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)을 체결할 때 또는 체결한 이후에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)

② 계약이 해지 또는 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 피보험자의 사망으로 계약의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 효력은 제6조(양육연금의 운용) 제1항에서 정한 양육연금의 지급이 종료될 때까지 소멸하지 않습니다.

제2조(특별약관의 청약)

① 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 이 특별약관을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 이 특별약관을 청약할 때 계약의 보험수익자를 양육연금을 받는 자(이하 「수익자녀」라 합니다)로 지정 또는 변경하여야 합니다.

③ 계약자는 계약에서 일시에 지급되는 사망보험금의 50%이상을 양육연금의 지급을 위한 전환금액(이하 「양육연금전환금액」이라 합니다)으로 선택하여야 합니다.

④ 계약자는 수익자녀 나이 15세, 20세, 25세 중 하나를 양육연금의 지급종료나이(이하 「양육연금종료나이」라 합니다)로 선택하여야 합니다.

⑤ 계약자가 이 특별약관을 청약하고 회사의 승낙(이하 「특별약관의 체결」이라 합니다)이 있은 후 계약에서 사망보험금 지급사유가 발생하더라도 아래 각 호의 경우에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.

① 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이가 이 특별약관을 체결할 때 정한 양육연금종료나이와 같거나 초과한 경우

② 이 특별약관의 체결 후 수익자녀가 사망하거나 계약의 보험수익자에서 제외된 경우

제3조(수익자녀의 범위)

제2조(특별약관의 청약) 제2항의 수익자녀는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀 중 1명으로 합니다.

제4조(계약내용의 변경)

① 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전

에 한하여 회사의 승낙을 얻어 아래 각 호의 사항을 변경할 수 있습니다.

① 양육연금전환금액

② 양육연금종료나이

② 계약자는 「수익자녀」를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 「수익자녀」가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 「수익자녀」가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 계약자가 제2항에 따라 「수익자녀」를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 계약의 사망보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(양육연금의 운용)

① 회사는 제2조(특별약관의 청약) 제3항에서 정한 양육연금전환금액을 재원(이하 「양육연금재원」이라 합니다)으로 양육연금의 지급기간동안 동일한 금액(이하 「양육연금」이라 합니다)을 매년 보험금 지급사유 발생일에 수익자녀에게 지급합니다. 이 경우 미지급된 양육연금재원에 대해서 계약의 평균 공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

② 제1항의 양육연금의 지급기간(이하 「양육연금지급기간」이라 합니다)이라 함은 제2조(특별약관의 청약) 제4항의 양육연금종료나이에서 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이를 뺀 기간을 말합니다.

③ 양육연금지급기간 중 수익자녀의 나이에 따른 제한사항은 아래와 같습니다.

① 수익자녀의 나이가 만20세 미만인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 없습니다.

② 수익자녀의 나이가 만20세 이상인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 있으며 이 때 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 평균공시이율로 할인한 금액으로 합니다.

④ 제3항 제1호에도 불구하고 수익자녀가 양육연금 지급기간 중 사망한 경우에는 미지급 양육연금을 수익자녀의 법정상속인에게 일시에 지급하는 금액으로 지급하며 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 평균공시이율로 할인한 금액으로 합니다.

⑤ 수익자녀 또는 수익자녀의 법정대리인은 제3항 제2호의 경우를 제외하고 양육연금지급기간 중 미지급 양육연금에 대해서 계약의 보통약관에 따라 일시에 지급하는 금액의 청구나 보험금수령방법의 변경에 관한 권리를 행사할 수 없습니다.

제7조(나이의 계산 및 적용)

① 제2조(특별약관의 청약) 제4항 내지 제5항 및 제6조(양육연금의 운용) 제2항의 나이는 수익자녀의 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 보험금 지급사유 발생일 현재 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 보험금 지급사유 발생일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제6조(양육연금의 운용) 제3항의 나이는 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 합니다.

제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

① 이 특별약관의 보험료는 없습니다.

② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 청약을 승낙한 날로 합니다.

제9조(해지된 특별약관의 부활)

① 회사는 이 특별약관의 부활 청약을 받은 경우에는 계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 계약의 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활을 취급합니다.

② 계약의 부활을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특별약관도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관을 부활하는 경우의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제10조(보험금의 청구)

수익자녀, 수익자녀의 법정대리인은 아래 각 호의 서류를 제출하고 양육연금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀임을 확인할 수 있는 서류

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이

붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 수익자녀 의사표시의 확인방법 포함)

- ④ 수익자녀의 법정대리인의 경우 법정대리인임을 확인할 수 있는 서류
- ⑤ 기타 수익자녀가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제11조(보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제10조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 양육연금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일을 계약자 또는 수익자녀에게 서면으로 통지합니다.
- ③ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자녀의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 계약의 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 「특약」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력이 없게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)을 2인 이내(2인 지정시 대표대리인을 지정)에서 지정(제4조에 따른 변경지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.
 - ① 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 - ② 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

- ① 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(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)
- ② 회사는 제1항의 지정대리청구인 변경 지정시 계약자의 지정 편의를 위해 가족관계서류의 수령을

생략할 수 있습니다.

특별조건부(할증보험료법) 특별약관

제5조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 지정대리청구인 의사표시의 확인방법 포함)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

제1조(특별약관의 체결)

- ① 이 특별약관은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 보통약관 또는 특별약관은 「해당계약」이라 합니다.)
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 해당계약이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(특별조건부(할증보험료법) 특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않아 계약체결이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건)

- ① 특별약관에 따라 회사가 부가하는 계약조건은 다음과 같습니다.
 - ① 회사는 계약을 체결할 때 “표준체보험료”에 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 회사에서 정한 “특별조건부 특별약관보험료”를 더하여 해당계약의 납입보험료로 결정합니다.
 - ② 제1호의 “표준체보험료”라 함은 표준체위험률에 할증률을 적용하지 않고 산출한 보험료를 말합니다.
 - ③ 제1호의 “특별조건부 특별약관보험료”라 함은 표준체위험률에 할증률을 적용하여 산출한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 말합니다.

【표준체위험률】

회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합한 계약자적립액의 계산 등을 위해 회사가 정하는 위험률

【할증률】

회사가 정한 위험지수 기준에 따라 표준체위험률에 부가한 요율

- ② 회사는 제1항에 따라 해당계약에 부가된 조건을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제4조(보험기간 및 보험료의 납입)

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

제5조(할증률의 적용)

제3조(특별약관의 부가조건) 제1항에서 정한 할증률은 해당계약 종료시까지 변동되지 않습니다. 다만, 갱신시 표준채위험률 변경에 따라 특별조건부 특별약관보험료는 변동 될 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 해당계약을 따릅니다.

장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

- ① 이 특별약관은 보험회사(이하 「회사」라 합니다)가 정한 방법에 따라 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 「전환대상계약」이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

- ① 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【소득세법 제59조의4(특별세액공제)】

- ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.
 1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

【소득세법 시행령 제118조의4 (보험료의 세액공제)】

- ① 법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 법 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.
 1. 생명보험
 2. 상해보험
 3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는

가계에 관한 손해보험

4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

【소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)】

영 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 보험

【「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인】

- ① 법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
 1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자와 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
 3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)】

- ① 영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원 받고 있는 사람을 말한다.

【이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시】

- ① 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
: 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
- ② 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이

고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

: 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

- ③ 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

: 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

- ② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

- ③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

- ④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

- ① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인 증명서의 원본 또는 사본」(이하, 「장애인 증명서」라 합니다)을 제출하여 제1조(특별약관의 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 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

- ③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

- ④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

- ① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해

당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【예시】

2023년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2023년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2023년 1월 15일 ~ 2023년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2023년 6월 1일 ~ 2023년 12월 31일) 납입된 보험료만 2023년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【예시】

2023년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2023년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2023년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는

이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약의 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.
- ② 보통약관이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급하며, 보험료 납입면제 사유에 해당하는 경우 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 원동기장치자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함합니다.)를 포함합니다. (다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

【용어풀이】

퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동휠, 전동킥보드 등)는 자동차관리법에서 정한 「이륜자동차」, 도로교통법에서 정한 「원동기장치자전거」에 포함됩니다.

- ③ 제2항에서 “그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차”는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 축차를 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
- ④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.
- ⑤ 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 그 보험금 지급사유가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 보험금 지급사유인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할경찰서에서 발행하는 사고처리확인원등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)】

「자동차관리법」(이하 “법”이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

【별표1】 자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형	소형	중형	대형
이륜자동차	배기량이 50cc 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 초과 260cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260cc 초과(최고정격출력 15킬로와트 초과)인 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
이륜 자 동 차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기를 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇은 제외한다)

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
 - 나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
 - 1) 이륜인 자동차에 축차를 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 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
 - 가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
 - 나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
 - 다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

【도로교통법 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.
 - 가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125cc 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차
 - 나. 그 밖에 배기량 125cc 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로

전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 전자서명 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다. (이하 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)

② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명(이하 「전자서명」이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제20조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

【전자서명법 제2조(정의)】

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
- 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

제3조(약관교부의 특례)

① 계약자가 원하는 방법에 따라 설명서, 약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 「계약 안내자료」라 합니다)을 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

② 계약자가 계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날부터 5영업일 이내에 계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(보험계약자의 알릴 의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소가 변경되거나 사용 정지된

경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소로 계약 안내자료를 드림으로써 회사의 계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아서 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사가 정한 기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특별약관의 보장개시일은 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 계약이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없는 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

- ① 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
- ② 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

- ① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 【별표1(특정신체부위·질병 분류표)】 중에서 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

- ① 회사가 지정한 신체부위(이하 「특정신체부위」라 합니다)에 진단확정된 질병(【별표 1-1(특정신체부위 분류표)】) 또는 특정신체부위에 진단확정된 질병의 전이로 인하여 특

정신체부위 이외의 신체부위에 진단확정된 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)

- ② 회사가 지정한 질병(이하 「특정질병」이라 합니다)(【별표1-2(특정질병 분류표)】)

- ② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간(이하 「부담보 기간」이라 합니다)은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1개월부터 5년」 또는 「계약의 보험기간」(단, 계약이 갱신 또는 재가입 계약인 경우 최초계약일로부터 최종 갱신 또는 재가입 계약의 종료일까지의 기간을 말하며, 이하 「계약의 보험기간」이라 합니다)으로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 보험업법 제97조 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 「유사계약」이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 부담보 기간 종료일 이내에서 계약의 부담보 기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(재진단·치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

- ④ 제2항에서 회사가 부담보 기간을 「계약의 보험기간」으로 적용한 경우 계약 청약일로부터 5년 이내에 제1항 제1호 또는 제1항 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않으면 계약 청약일 부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다. 단, 계약 청약일 현재 부담보 기간을 「계약의 보험기간」으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않았다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

- ⑤ 제4항의 재진단 또는 치료를 받지 않는 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] 제4항의 「계약 청약일로부터 5년 이내」라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말하며, 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 합니다.

[7] 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나의 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하여 드리며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ① 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 진단 확정된 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 진단확정된 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 진단확정된 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
- ③ 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
- ④ 제1항 제1호에서 정한 진단확정된 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 인하여 사망하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 제1항 제1호에서 정한 진단확정된 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 【별표 2(장해분류표)】에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되어 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우

[8] 피보험자가 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

[9] 피보험자에게 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생했을 경우, 그 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

[10] 제1항 제1호의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 준용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

제3조(특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은

【별표1】

특정신체부위·질병 분류표

【별표1-1】 특정신체부위 분류표

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

구분	특정신체부위
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 팔꿈치관절
43	오른쪽 팔꿈치관절
44	왼쪽 고관절
45	오른쪽 고관절
46	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
47	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
48	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
49	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
50	왼쪽 무릎관절
51	오른쪽 무릎관절
52	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
53	쇄골
54	늑골(갈비뼈)
55	골반부(장골, 좌골, 치골 포함)
56	안와골

【별표1-2】 특정질병 분류표

1. 약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 특정질병 해당여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호	항목명
57	척추 질환 (경추, 흉추, 요추, 천추, 미추 부위의 척추 질환)	M40	척추후만증 및 척추전만증
		M41	척추측만증
		M42	척추골연골증
		M43	기타 변형성 등병증
		M45	강직성 척추염
		M46	기타 염증성 척추병증
		M47	척추증
		M48	기타 척추병증
		M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
		M50	경추간판장애
		M51	기타 추간판 장애
		M53	달리 분류되지 않은 기타 등병증
		M54	등통증
58	연골증, 관절증, 관절염	M00	화농성 관절염
		M01	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염
		M02	반응성 관절병증
		M03	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증
		M05	혈청감사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M07	건선성 및 장병성 관절병증
		M08	연소성 관절염
		M09	달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염
		M10	통풍
		M11	기타 결정 관절병증
		M12	기타 특이성 관절병증
		M13	기타 관절염
		M14	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근관절의 관절증
		M19	기타 관절증
		M93	기타 골연골병증
		M94	연골의 기타 장애

구분	대상질병	분류번호	항목명
59	심장질환	I00	심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열
		I01	심장 침범이 있는 류마티스 열
		I02	류마티스 무도병
		I05	류마티스성 승모판질환
		I06	류마티스성 대동맥판질환
		I07	류마티스성 삼첨판질환
		I08	다발 판막 질환
		I09	기타 류마티스 심장 질환
		I20	협심증
		I21	급성 심근경색증
		I22	후속심근경색증
		I23	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증
		I24	기타 급성 허혈심장질환
		I25	만성 허혈심장병
		I26	폐 색전증
		I27	기타 폐성 심장 질환
		I28	폐혈관의 기타 질환
		I30	급성 심장막염
		I31	심장막의 기타 질환
		I32	달리 분류된 질환에서의 심장막염
		I33	급성 및 아급성 심내막염
		I34	비류마티스성 승모판장애
		I35	비류마티스성 대동맥판장애
		I36	비류마티스성 삼첨판장애
		I37	폐동맥판 장애
		I38	상세불명 판막의 심내막염
		I39	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애
		I40	급성 심근염
		I41	달리 분류된 질환에서의 심근염
		I42	심근병증
		I43	달리 분류된 질환에서의 심근병증
		I44	방실 차단 및 좌각 차단
		I45	기타 전도 장애
		I46	심장정지
		I47	발작성 빈맥
		I48	심방 세동 및 조동
		I49	기타 심장부정맥
		I50	심부전
		I51	심장병의 불명확한 기록 및 합병증
		I52	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애

구분	대상질병	분류번호	항목명
60	뇌혈관질환	I60	거미막하출혈
		I61	뇌내출혈
		I62	기타 비외상성 두개내 출혈
		I63	뇌경색증
		I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중
		I65	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착
		I66	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착
		I67	기타 뇌혈관 질환
		I68	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애
		I69	뇌혈관 질환의 후유증
61	고혈압	G45	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군
		G46	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군
		I10	본태성(원발성) 고혈압
		I11	고혈압성 심장병
		I12	고혈압성 신장병
62	당뇨병	I13	고혈압성 심장 및 신장병
		I15	이차성 고혈압
		E10	1형 당뇨병
		E11	2형 당뇨병
		E12	영양실조-관련 당뇨병
		E13	기타 명시된 당뇨병
63	결핵	E14	상세불명의 당뇨병
		O24	임신중 당뇨병
		A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵
		A16	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵
		A17	신경계통의 결핵
64	하지정맥류	A18	기타 기관의 결핵
		A19	좁쌀 결핵
		I80	정맥염 및 혈전정맥염
65	자궁내막증	I83	하지의 정맥류
		I87	정맥의 기타 장애
		N80	자궁내막증
66	골반염	N70	난관염 및 난소염
		N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
		N72	자궁경부의 염증성 질환
		N73	기타 여성 골반 염증성 질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증 장애

구분	대상질병	분류번호	항목명
67	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
68	고지혈증	E78	지질단백질 대사장애 및 기타 지질증
69	임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
		O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임산-유발] 부종 및 단백뇨
		O13	임신[임산-유발]고혈압
		O14	전자간
		O15	자간
70	자궁근종	D25	자궁의 평활근종
71	암	C00-C14	입술, 구강 및 인두의 악성 신생물
		C15-C26	소화기관의 악성신생물
		C30-C39	호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물
		C40-C41	골 및 관절연골의 악성신생물
		C43	피부의 악성 흑색종
		C45-C49	종피성 및 연조직의 악성신생물
		C50	유방의 악성신생물
		C51-C58	여성 생식기관의 악성 신생물
		C60-C63	남성 생식기관의 악성 신생물
		C64-C68	요로의 악성 신생물
		C69-C72	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물
		C74	부신의 악성신생물
		C75	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물
		C76-C80	불명확한, 이차성 및 상세 불명 부위의 악성신생물
		C81-C96	림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물
		C97	독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물
		D45	진성 적혈구증가증
		D46	골수 형성이상 증후군
		D47.1	만성 골수증식 질환
		D47.3	본태성(출혈성) 혈소판혈증
		D47.4	골수성유증
		D47.5	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]
72	담석증	K80	담석증

구분	대상질병	분류번호	항목명
73	골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청감사 양성 류마티스 관 절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M08	연소성 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
74	통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사 장애
		M10	통풍
75	사시	H49	마비성 사시
		H50	기타 사시
		H51	양안운동의 기타 장애
76	백내장	H25	노년 백내장
		H26	기타 백내장
		H27	수정체의 기타 장애
77	탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니 탈장
		K41	대퇴 탈장
		K42	배꼽 탈장
		K43	복벽 탈장
		K44	횡경막 탈장
		K45	기타 복부탈장
		K46	상세불명의 복부탈장
		N43	음낭수종 및 정액류
78	복막의 질환	K65	복막염
		K66	복막의 기타 장애
		K67	달리 분류된 감염성 질환에 서의 복막의 장애
79	골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
		M81	병적 골절이 없는 골다공증
		M82	달리 분류된 질환에서의 골 다공증
80	천식	J45	천식
		J46	천식지속 상태
81	유산	N96	습관적 유산자
		000	자궁외 임신
		001	포상기태
		002	기타 비정상적 수태부산물
		003	자연 유산
		004	의학적 유산
		005	기타 유산
		006	상세불명의 유산
		007	시도된 유산의 실패
		008	유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
		020	초기 임신중 출혈

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 정하는 특정질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 정하는 특정질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 정하는 특정질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표2】

장해분류표

① 총칙

1. 장해의 정의

- 1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 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 가능성이 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 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 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 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 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, 하

나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 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 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

② 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 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) 한눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
- 4) “한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상

태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

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

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

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

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

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
- 가) 뇌영상검사(CT, MRI)
- 나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) "코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 일상 생활에서 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, 후각감되는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입을 벌임)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) "씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 심한 개구(입을 벌임)운동 제한이나 저작(씹기)운동 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 개구(입을 벌임)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌임)운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) "씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구(입을 벌임)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌임)운동이 2cm이하로 제한

되는 경우

- 다) 위아래턱(상하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구(입을 벌림)장애는 턱관절의 이상으로 개구(입을 벌림)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입을 벌림)상태에서 위아래턱(상하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
 - 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
 - 7) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
 - 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
 - 9) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
 - 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
 - 11) 뇌중추신경계 손상(정신인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
 - 12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
 - 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
 - 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
 - 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구

치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.

- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술(반흔(흉터)성형술, 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(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/2이상 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 1/4이상 결손
- 2) 머리

- 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체 부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상하부[인접 상하부 척추체(척추뼈 몸통)에 인접 구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 「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 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 측추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 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
 - 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일

- 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사상에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사상에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

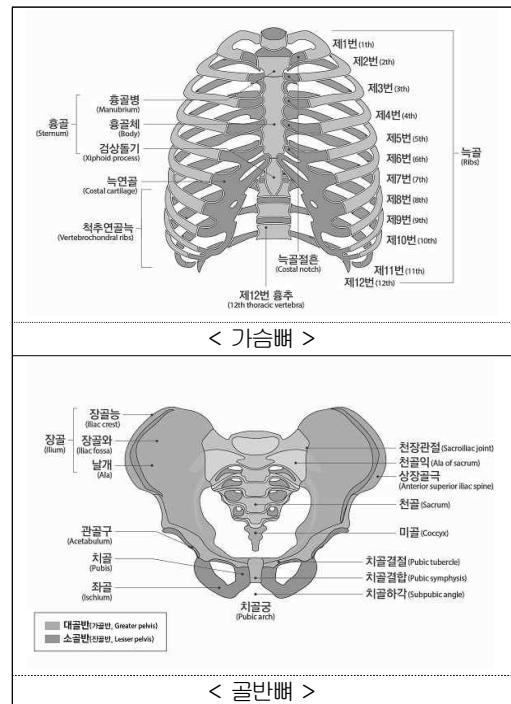
가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

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



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그 것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해 (예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) “팔” 이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절” 이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때” 라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해 각도와 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(관절균음)
 - 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.

다.

- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 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 정상운동범위의 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 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
 - 11) “가관절[※])이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 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 척골중 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 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 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

- 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 다리의 관절기능 장애 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사로 기준으로 평가한다.
- “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 완전 강직(관절굳음)
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소

- 견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
- “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
 - “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
 - 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
 - “가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리 뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충만한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
 - “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장애가 생

기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

- 1) 하지(다리)와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

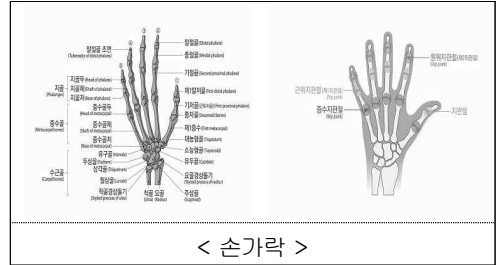
10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 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 관절 운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애 (예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) “손가락을 잃었을 때” 라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때” 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 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 손가락에서는 제1, 제2

11. 발가락의 장애

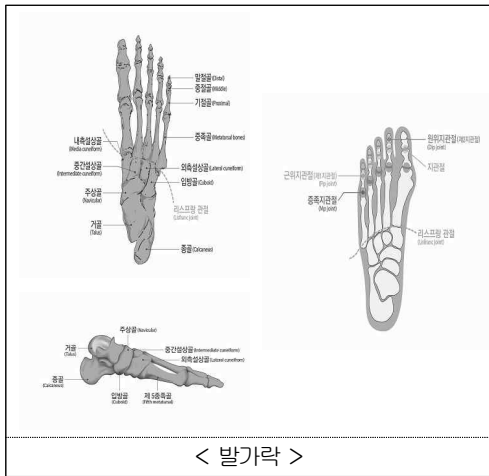
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애 (예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “발가락을 잃었을 때” 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함)

- 함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족 골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
 - 5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 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 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
 - 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
 - 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가기점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생도록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도 협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 “<불임>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. 신경계정신행동 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 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

- 가) “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 “<불임>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 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다.
그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.
- 마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질

병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

- 나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) “정신행동에 극심한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) “정신행동에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) “정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”[※] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

- 바) “정신행동에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) “정신행동에 경미한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료가 관에서 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, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.
- 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

4) 뇌전증

- 가) “뇌전증”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 뇌전증 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 뇌전증 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 뇌전증 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰

러지는 발작 또는 의식장애가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

- 사) “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걸지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할수 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%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)

유형	제한정도에 따른 지급률
배변 배뇨	- 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 뒷처리 시 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	- 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%)
웃입고 벗기	- 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리하는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

무배당 갱신형 간편한 암 검사및치료추가보장
특별약관2504(일반심사형)

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사 에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 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.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신행 담보가 포함된 경우 갱신킬 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

○ 갱신행 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 5년만기 또는 10년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 5년 또는 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 5년 또는 10년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특별약관의 보험기간(예시)】

42세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 5년만기 갱신행 보장을 가입하는 경우



- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신행 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관에 따라 보험금 지급사유 발생일이 계약일부터 일정기간(예: 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

○ 태아가입보험

- 보험계약을 체결할 때 피보험자로 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 출생을 조건으로 보험계약 체결시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.
- 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(OD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 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.
- 만15세미만자, 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. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음

성낙음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

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

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

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

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 갱신형 간편한 암 검사및치료추가보장
특별약관2504(일반심사형)**

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 간편한 암 검사및치료추가보장 특별약관2504(일반심사형)(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강 진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
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.

용어	정의
한국표준질병사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

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

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

이 계약의 보험금의 청구는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로운 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

- ③ 제2항에 따라 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.

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

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지

지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

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

⑦ 회사는 제6항의 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 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【보험금 지급 예시】

1. 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우

보험금 : 6천만원

보험금 지급일자 : 2025년 4월 1일

보험금을 일시에 지급받지 않고, 3년간 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	보험금 받는 방법 변경 후 지급액
2025년 4월 1일	2천만원
2026년 4월 1일	2천만원 × (1 + 평균공시이율)
2027년 4월 1일	2천만원 × (1 + 평균공시이율) ²

2. 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우

보험금 : 매년 1천만원

보험금 지급기간 : 3년

보험금 지급 시작일자 : 2025년 4월 1일

보험금을 3년간 나누어 지급받지 않고, 2025년 4월 1일 보험금을 일시에 지급받는 경우

지급일	보험금 받는 방법 변경 후 지급액
	1천만원
2025년 4월 1일	+1천만원 ÷ (1 + 평균공시이율) +1천만원 ÷ (1 + 평균공시이율) ²
2026년 4월 1일	-
2027년 4월 1일	-

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

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 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(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 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

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

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - ③ 최초계약을 체결한 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 해지할 수 있습니다)

- ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 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.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(사기에 의한 계약)

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

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

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

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

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

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 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 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활

(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

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

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 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 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 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 제1항에서 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 의사

【약관의 중요한 내용에서】

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

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

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

- 가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 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 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제19조(계약의 무효)

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

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 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 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 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 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명

을 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

【심신상실자 및 심신박약자】

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.

제20조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 보험종목
- ② 보험기간
- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ④ 계약자, 피보험자
- ⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

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

【부가설명】

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

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금

지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2023년 4월 14일
⇒ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
→ 계약해당일 : 10월 1일
예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
→ 계약해당일 : 2월 말일

제22조(특별약관의 소멸)

이 계약의 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제23조(특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

② 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

- ③ 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지)

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
- ② 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제25조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
- ② 회사는 제23조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 법령 및 표준약관 변경으로 보장내용 등이 변경되어 약관이 개정되는 경우 보험기간이 끝나는 날 이전까지 중요사항 변경내역(갱신보험료 변경 제외) 및 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드리며, 자동갱신 의사가 확인되는 경우, 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경전 계약은 만료됩니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

【보장개시일】

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
- ① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제23조(특별약관의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부 터 개시됩니다.

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험

료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

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

【자동대출납입】

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

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로

안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

- ① 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
- ② 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
- ③ 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
- ④ 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
- ⑤ 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제29조(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 3년 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 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계

약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 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 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우, 출생예정일 이후 해지하였으나 태아가 출생 전이면 출생예정일 이후에 해당하는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 「태아가 출생하기 전」임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
- ④ 제19조(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 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위 반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 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 기재하

였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우, 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제34조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제36조(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 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(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」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원)

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

제40조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(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」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

- 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.

제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 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 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
- ① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 - ② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 - ③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요 없어지는 경우
 - ④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없을

을 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 함의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 함의】

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(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.

제46조(준거법)

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

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

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

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지” (본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

제2절 보장조항

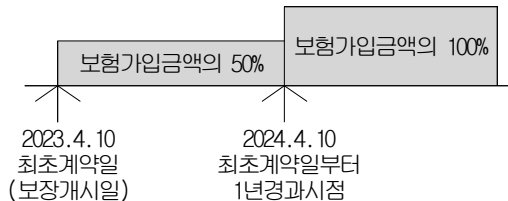
2-1. 갹신형 특정NGS유전자패널검사비 (급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정NGS유전자패널검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
특정NGS유전자 패널검사(급여)시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【특정NGS유전자패널검사비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정NGS유전자패널검사비로 지급합니다.

구 분	지급금액
특정NGS유전자패널검사(급여)시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우에도 1회의 특정NGS유전자패널검사비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와

회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정NGS유전자패널검사(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정NGS유전자패널검사(급여)」라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사로 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의 「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level I	CB0003
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level II	CB0004
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level I	CB0005
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level II	CB0006

【차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사】

차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사는 기존 단일 유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사를 말합니다.

② 제1항의 「특정NGS유전자패널검사(급여)」는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 고시 제5조(선별급여 실시 기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관」으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

③ 제1항의 「특정NGS유전자패널검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제1항에서 보장하는 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 보장하는 의료행위 해당 여부를

다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI 코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI 코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

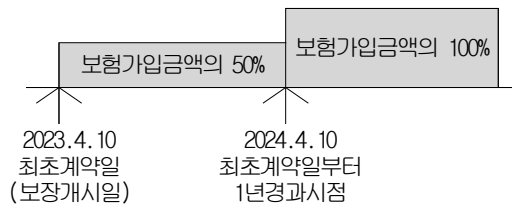
2-2. 갱신형 암 MRI촬영검사비 (급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(MRI촬영(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「MRI촬영(급여)」을 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 MRI촬영검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암 MRI촬영(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암 MRI촬영검사비(예시)】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암 MRI촬영검사비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암 MRI촬영검사비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 MRI촬영(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「MRI촬영(급여)」를 받은 경우에도 1회의 암 MRI촬영검사비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정

에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외) 및 유사암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(MRI촬영(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「MRI촬영(급여)」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

【자기공명영상(MRI)】

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

【의료행위】

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

② 제1항의 「MRI촬영(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료

여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「MRI촬영(급여)」은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 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 촬영하는 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 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자의 사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의

사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

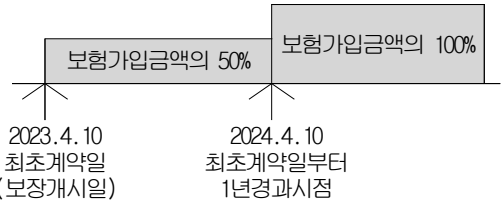
2-3. 갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비 (급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「양전자단층촬영(PET)(급여)」을 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 양전자단층촬영(PET)검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암 양전자단층촬영 (PET)(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암 양전자단층촬영(PET)검사비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암 양전자단층촬영(PET)검사비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암 양전자단층촬영(PET)검사비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 양전자단층촬영(PET)(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「양전자단층촬영(PET)(급여)」을 촬영하는 경우에도 1회의 암 양전자단층촬영(PET)검사비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수

있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외) 및 유사암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「양전자단층촬영(PET)(급여)」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 양전자방출단층촬영(PET)을 하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「양전자단층촬영(PET)(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「양전자단층촬영(PET)(급여)」은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 양

전자방출단층촬영 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 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 양전자방출단층촬영(PET)을 하는 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 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소건을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-4. 갹신형 폴립및양성종양수술비(1-6종) (금여, 연간회환)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 목적으로 【별표5 (폴립및양성종양수술(금여, 1-6종) 분류표)】에서 정한 「폴립및양성종양수술(금여)」을 받은 경우 보험수익자에게 아래의 금액을 폴립및양성종양수술비로 지급합니다. 다만, 수술부위, 수술대상 폴립및양성종양 개수, 수술횟수와 관계없이 수술종별로 각각 연간 1회에 한하여 보장합니다. 아래의 「최초계약일부터 90일경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

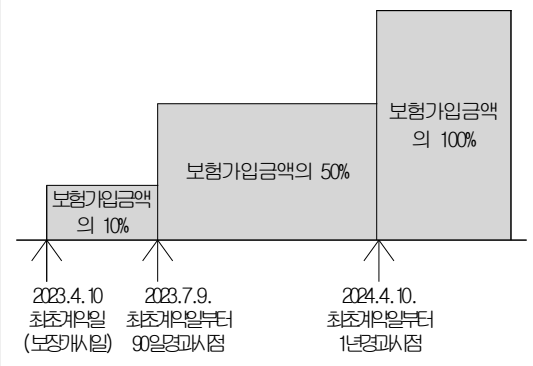
구분	지급금액		
	최초 계약일부터 90일경과시점 전일 이전	최초계약일부터 90일경과시점 이후 최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
1종 수술	폴립및양성종양 수술비(1종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양 수술비(1종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양 수술비(1종) 보험가입금액의 100%
2종 수술	폴립및양성종양 수술비(2종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양 수술비(2종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양 수술비(2종) 보험가입금액의 100%
3종 수술	폴립및양성종양 수술비(3종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양 수술비(3종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양 수술비(3종) 보험가입금액의 100%
4종 수술	폴립및양성종양 수술비(4종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양 수술비(4종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양 수술비(4종) 보험가입금액의 100%
5종 수술	폴립및양성종양 수술비(5종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양 수술비(5종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양 수술비(5종) 보험가입금액의 100%
6종 수술	폴립및양성종양 수술비(6종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양 수술비(6종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양 수술비(6종) 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 폴립및양성종양수술비로 지급합니다. 다만, 수술부위, 수술대상 폴립및양성종양 개수, 수술횟수와 관계없이 수술종별로 각각 연간 1회에 한하여 보장합니다.

구분	지급금액
1종 수술	폴립및양성종양수술비(1종) 보험가입금액의 100%
2종 수술	폴립및양성종양수술비(2종) 보험가입금액의 100%
3종 수술	폴립및양성종양수술비(3종) 보험가입금액의 100%
4종 수술	폴립및양성종양수술비(4종) 보험가입금액의 100%
5종 수술	폴립및양성종양수술비(5종) 보험가입금액의 100%
6종 수술	폴립및양성종양수술비(6종) 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【폴립및양성종양수술비[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(폴립및양성종양수술(금여) 정의)

① 이 특별약관에서 「폴립및양성종양수술(금여)」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 【별표5(폴립및양성종양수술(금여, 1-6종) 분류표)】에서 정한 「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「폴립및양성종양수술(금여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여 상대가치점

수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등) [단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI 코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI 코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자의 사표시의 확인방법 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

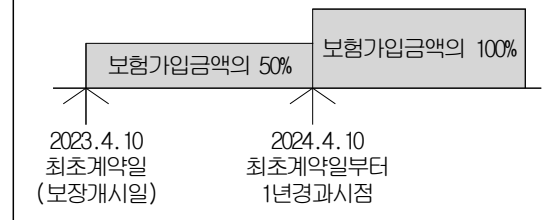
2-5. 갱신형 뇌정위적방사선수술비 (급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(뇌정위적방사선수술(급여)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌정위적방사선수술비로 지급합니다. 다만, 「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 부위 및 횡수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다. 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌정위적방사선 수술(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌정위적방사선수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 뇌정위적방사선수술비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌정위적방사선수술비로 지급합니다. 다만, 「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 부위 및 횡수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지급금액
뇌정위적방사선수술(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 경우에도 1회의 뇌정위적방사선수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 중

합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌정위적방사선수술(급여)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌정위적방사선수술(급여)」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사(치과의사 제외)면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의 「진료행위 코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 다만, 「뇌정위적방사선수술(급여)」을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선헤가속기이용	HD115

② 제1항의 「뇌정위적방사선수술(급여)」이외의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료)에서 정하는 내용은 보장하지 않습니다.

【제2항에서 보장하지 않는 수술의 예시】

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료) 중 다음의 진료행위코드를 포함하여 「뇌정위적방사선수술(급여)」에 해당하지 않는 진료행위는 보장하지 않습니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
정위적 방사선 분할치료[1회당]	HD110
체부 정위적 방사선수술[1회당] - 선헤가속기 이용	HD111
세기변조 방사선치료[1회당]	HZ271
...	...

③ 제1항의 「뇌정위적방사선수술(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 뇌정위적방사선수술 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코

드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제1항에서 보장하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(000-099). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(000-099)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자의 사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출

하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

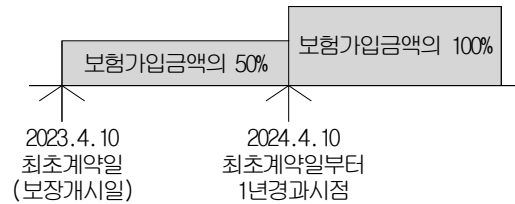
2-6. 갱신형 암 내시경검사비 (급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(암 내시경검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 내시경검사(급여)」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 내시경검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 최초계약일부터 1년경과시점이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암 내시경검사(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암 내시경검사비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 암 내시경검사비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 내시경검사(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 내시경검사(급여)」를 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 암 내시경검사비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정

에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외) 및 유사암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(암 내시경검사(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「암 내시경검사(급여)」라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요조건을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 「제2부 제2장 검사료의 제4절 내시경」 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

【내시경검사】

내시경(내장장기 또는 체강 내부를 직접 볼 수 있게 만든 의료기구)을 사용하여 신체 내부를 관찰하는 검사 방식의 총칭

② 제1항의 「암 내시경검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라

합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「암 내시경검사(급여)」 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 「암 내시경검사(급여)」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요조건을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

⑤ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

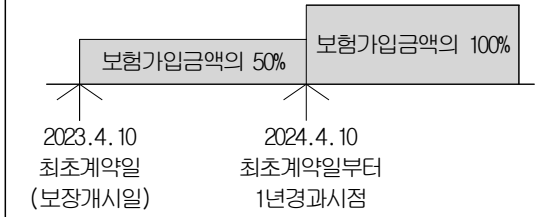
2-7. 갱신형 암 특정생검조직병리검사비II (급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(암 특정생검조직병리검사II(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 특정생검조직병리검사II(급여)」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 특정생검조직병리검사비II로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암 특정생검 조직병리검사II (급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암 특정생검조직병리검사비II [예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 특정생검조직병리검사비II로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 특정생검조직병리검사II(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 특정생검조직병리검사II(급여)」를 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 암 특정생검조직병리검사비II만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와

회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외) 및 유사암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(암 특정생검조직병리검사II(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「암 특정생검조직병리검사II(급여)」라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
침생검(심부)-복막	C8511
침생검(심부)-흉막	C8512
침생검(심부)-장기[편측]	C8513
침생검(심부)-심낭[EKG비용포함]	C8514

대 상 항 목	진료행위 코드
침생검(심부)-척추	C8515
골수천자생검[편측]	C8520
절개생검(심부[장기절개생검])-개흉에의한것	C8533
절개생검(심부[장기절개생검])-개복에의한것	C8534
전립선생검-경피적	C8551
전립선생검-관혈적	C8552
고환, 부고환생검-경피적	C8561
고환, 부고환생검-관혈적	C8562
자궁내막조직생검-흡인생검	C8573
자궁내막조직생검-단소소파생검	C8574
자궁내막조직생검-자궁경내소파술	C8575
자궁내막조직생검-구획소파생검	C8572
자궁경부착공생검	C8576
골생검(침생검)	C8581
골생검(절개생검)-척추골	C8582
골생검(절개생검)-기타부위	C8583
갑상선생검-침생검	C8591
갑상선생검-관혈적	C8592
관절절개생검술-결관절, 고관절, 천장관절	C8601
관절절개생검술-주관절, 슬관절	C8602
관절절개생검술-완관절 및 족관절	C8603
관절절개생검술-기타부위	C8604
신경생검술	C8610
경정맥간생검	C8620
심근생검	CZ976
유방생검[편측]-침생검	C8641
유방생검[편측]-절개생검	C8642

② 제1항의 「암 특정생검조직병리검사II(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「암 특정생검조직병리검사II(급여)」 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 검사 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자의 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

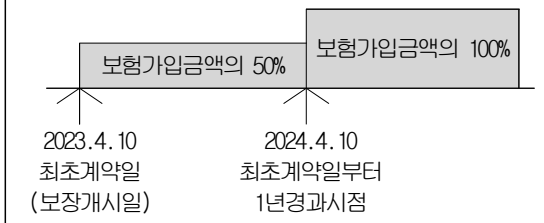
2-8. 갱신형 암 CT촬영검사비 (급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(암 CT촬영(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 CT촬영(급여)」을 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 CT촬영검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암 CT촬영(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암 CT촬영검사비【예시】】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 CT촬영검사비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 CT촬영(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 CT촬영(급여)」을 받은 경우에도 1회의 암 CT촬영검사비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정

에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외) 및 유사암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(암 CT촬영(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「암 CT촬영(급여)」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 「제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료의 제2절 전산화단층영상진단」 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

【전산화단층영상(CT)】

X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

② 제1항의 「암 CT촬영(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조

(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 CT촬영 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 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따

릅니다.

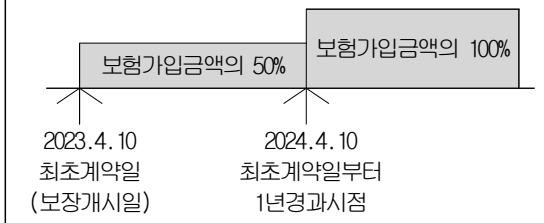
2-9. 갱신형 암 초음파검사비 (급여, 연간 1회) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(암 초음파검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 초음파검사(급여)」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 초음파검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암 초음파검사(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암 초음파검사비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 초음파검사비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 초음파검사(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 초음파검사(급여)」를 받은 경우에도 1회의 암 초음파검사비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정

에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외) 및 유사암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(암 초음파검사(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「암 초음파검사(급여)」라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 「제2부 제2장 검사료의 제5절 초음파 검사료」 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

【초음파검사】

인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사초음파를 이용하여 영상을 얻는 검사

② 제1항의 「암 초음파검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원,

의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 초음파 검사 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 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI 코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI 코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

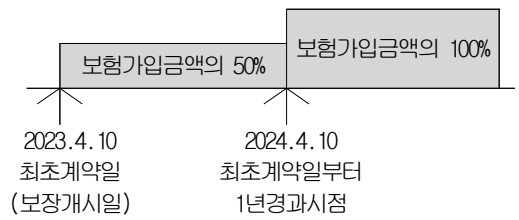
2-10. 갱신형 암 특정단일유전자검사비 (급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(암 특정단일유전자검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 특정단일유전자검사(급여)」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 특정단일유전자검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암 특정 단일유전자검사 (급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암 특정단일유전자검사비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 특정단일유전자검사비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 특정단일유전자검사(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 특정단일유전자검사(급여)」를 받은 경우에도 1회의 암 특정단일유전자검사비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 중

합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외) 및 유사암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(암 특정단일유전자검사(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「암 특정단일유전자검사(급여)」라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
[사람유전자 분자유전검사]	
비유전성 유전자검사	
가. 기본표적증폭	C5830
나. 중합효소연쇄반응-확장	
(1) 이중중합효소연쇄반응, 중합효소연쇄반응-교잡반응	C5831

대 상 항 목	진료행위 코드
(2) 중합효소연쇄반응-폴리아크릴아마이드겔전기영동	C5832
다. 염기서열분석	
(1) 염기서열반응 2회	C5833
(2) 4회	C5834
(3) 6회	C5835
(4) 8회	C5836
(5) 10회	C5837
(6) 12회 이상	C5838
주 : B림프구 또는 T림프구의 유전자 재배열 확인을 위해 1개 유전자 단일 검사를 시행한 경우	C5843
주 : B림프구 또는 T림프구의 유전자 재배열 확인을 위해 2개 유전자 동시 검사를 시행한 경우	C5844
라. 기타	
(1) 서던블롯	C5839
(2) 동소교잡반응	C5840
(3) 형광동소교잡반응, 실버동소교잡반응	C5841
주 : 형광동소교잡반응에서 파라핀 블록을 이용한 경우	C5842

② 제1항의 「암 특정단일유전자검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「암 특정단일유전자검사(급여)」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 검사 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있

는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자의 의사표시의 확인방법 포함)

- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항 및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금 (특별약관 제1절 일반조항 제3조)	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 (특별약관 제1절 일반조항 제35조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

주2) 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.

주3) 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주5) 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 ‘청구일’은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【별표2】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
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. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
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. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

제자리신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

폴립및양성종양수술(급여, 1~6종) 분류표

약관에 규정하는 폴립및양성종양수술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상 대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
1	피부 및 연부 조직	피부양성종양적출술(간단한표재성)	N0141
		피부양성종양적출술(기타근육층에달하는 것)	N0142
	비장 및 림프절	림프관종경화요법[낭성림프관종포함]	P2131
	입, 이 하선	설종양적출술	Q2186
	여성	질종양적출술-양성인것	R4070
	생식기	자궁경관점막폴립절제술	R4240
	눈	안검종양절제술-양성	S5245
	소화기 내시경 하	내시경적 상부소화관종양수술-종양절제	Q7651
		에스상결장경하 종양수술-폴립 절제술	Q7751
		에스상결장경하 종양수술-점막절제술 및 점막하 종양절제술	Q7752
2	피부 및 연부 조직	연부조직종양적출술(지방종, 혈관종, 섬유종, 거대세포종, 화골성근염등)-피하양성종양	N0233
		연부조직종양적출술(지방종, 혈관종, 섬유종, 거대세포종, 화골성근염등)-근막하또는 근육내양성종양	N0234
	근골	양성골종양의 소파술 또는 절제술(상완골, 전완골, 쇄골)	N0282
		양성골종양의 소파술 또는 절제술(기타)	N0283
		상악골(관골포함) 양성종양(낭종포함)절제술-3cm미만	N0402
		하악골양성종양(낭종포함) 절제술-편측악골1/3미만	N0432
	코	비강양성종양적출술, 비내접근	00964
		비강양성종양적출술, 비내접근-내시경하에서 실시한 경우	00967
		부비동양성종양적출술, 비내접근	00965
		부비동양성종양적출술, 비내접근-내시경하에서 실시한 경우	00968
		비강, 부비동양성종양적출술, 비외접근	00966
		비인강양성종양적출술(기타의것)	01041
		비인강양성종양적출술(기타의것)-내시경하에서 실시한 경우	01043

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
2	후두	후두개 낭종제거술	01215
		후두 양성종양적출술-내시경하-현수후두경하	01221
		후두 양성종양적출술-내시경하-연성내시경하	01222
		후두 양성종양적출술-후두절개하	01223
		성대결절 및 폴립제거술	01231
		성대내 낭종제거술	01232
		범발성 폴립양성대 절개 및 흡인술	01233
	기관지 및 폐	내시경적기관지또는기관지종양제거술[육아조직포함]-연성기관지경	01315
		내시경적기관지또는기관지종양제거술[육아조직포함]-경성기관지경	01316
	비장 및 림프절	결핵성림프선종절제술(표재성)	P2106
	입, 이 하선	구강내종양적출술(양성)	Q2201
		구강내종양적출술(양성)-구강저 병소제거	Q2204
	인두 및 편도	인두양성종양절제술	Q2291
	복막 및 후복막	후복막종양적출술(양성)	Q2501
	장, 장간막	소장또는결장폴립절제술	Q2645
	직장 및 항문	직장종양절제술(경향문접근)	Q2891
		직장종양절제술(경천골 또는 방천골접근)	Q2890
	비뇨기	방광절개술(종양[방광벽절제를동반하지않는것])	R3462
		외요도구폴립절제술	R3730
	남성 생식기	외성기종양적출술-양성	R4001
	여성 생식기	외음부종양적출술-양성	R4066
		자궁근종절제술-복부접근(단순)[장막하근종]	R4124
		자궁근종절제술-복부접근(복잡)[근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절2개이상인 다발성자궁근종인 경우에 산정]	R4127
		자궁근종절제술-질부접근	R4123
		자궁근종절제술-복강경술(단순)[장막하근종]	R4128
		자궁근종절제술-복강경술(복잡)[근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절2개이상인 다발성자궁근종인 경우에 산정]	R4129
		자궁경하자궁근종절제술-3cm미만	R4125
		자궁경하자궁근종절제술-3cm이상[다발성포함]	R4126
		자궁경하자궁내막폴립제거술	R4241
		부속기종양적출술[양측]-양성	R4421
	내분비기	갑상선설관낭종절제술	P4558
	신경	신경종양절제술-양성	S4615
		경피적척수낭종축은공동흡인술	S4811

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
2	눈	결막종양절제술	S4950
		안와종양제거술-단순	S5231
	귀	외이도종양적출술-양성	S5591
	유방	유방양성종양절제술-단발성	N7121
		유방양성종양절제술-다발성	N7122
	간, 담낭 및 담도	간농양(농종)수술-개복에 의한 흡인 또는 주입술	Q7211
		간농양(농종)수술-배액을 위한 간절개술	Q7212
		간농양(농종)수술-조대술	Q7213
	소화기 내시경 하	내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술	Q7652
		내시경적 상부소화관종양수술-점막하 박리절제술-식도	Q7654
		결장경하 종양 수술-폴립 절제술	Q7701
		결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개이상 시초과되는폴립1개당)	Q7702
		결장경하 종양 수술-점막절제술 및 점막하종양절제술	Q7703
		역행성 담체관 내시경 수술-용종 및 종양 제거술	Q7766
		경피적담관[남] 경을이용한시술[PTBD Route또는T-Tube이용]-용종및종양제거술	Q7775
	구강 악안면	상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm미만	U4801
		하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/30미만	U4871
	위	위폴립절제술	Q2521
3	근골	양성골종양의 소파술 또는 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	N0281
		상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm이상	N0403
		하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/30이상~1/20미만	N0433
		하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/20이상	N0434
	코	비인강혈관성유종적출술	O1040
		비인강혈관성유종적출술-내시경하에서 실시한 경우	O1042
		상악동후비공용종적출술	O1055
		상악동후비공용종적출술-내시경하에서 실시한 경우	O1056
	기관지 및 폐	내시경적냉동치료[기관(지)및폐종양]	O1318
	비장 및 림프절	결핵성림프선종절제술(심재성)	P2107
		림프관종절제술[낭성림프관종포함]-경부(국소)	P2133
		림프관종절제술[낭성림프관종포함]-경부(광범위)	P2134
		림프관종절제술[낭성림프관종포함]-기타	P2135
	장, 장관막	장간막종양적출술(장관절제를 동반하는 것)	Q2761
		장간막종양적출술(기타의 것)	Q2762

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
3	직장 및 항문	직장종양절제술(복부접근)	Q2892
		직장종양절제술(경항문내시경적미세수술)	Q2893
	비뇨기	신내시경하신종양절제술[경피적신루설치술, 방사선요 포함]	R3305
		단순신낭종절제술	R3311
		요관경하 요관종양절제술	R3451
		경요도적방광내수술(종양)-단순	R3541
		경요도적방광내수술(종양)-복잡	R3542
	내분비기	경요도적방광내수술(종양)-고도복잡	R3543
		부갑상선절제술(양성)-단발성	P4541
		부갑상선절제술(양성)-다발성	P4542
		갑상선수술[낭종, 선종, 갑상선기능항진 등](갑상선엽전절제술)-편측	P4551
		갑상선수술[낭종, 선종, 갑상선기능항진 등](갑상선엽전절제술)-양측	P4552
		갑상선수술[낭종, 선종, 갑상선기능항진 등](갑상선엽아전절제술)-편측	P4553
		갑상선수술[낭종, 선종, 갑상선기능항진 등](갑상선엽아전절제술)-양측	P4554
	간, 담낭 및 담도	간농양(농종)수술-낭종적출술	Q7214
		담도낭종수술-우회술	Q7331
	소화기 내시경 하	내시경적 상부소화관종양수술-점막하 박리절제술-위	Q7653
		결장경하 종양 수술-점막하 박리절제술	QX706
		풍선소장내시경하 용종절제술-경구	Q7788
		풍선소장내시경하 용종절제술-경항문	Q7789
	구강 악안면	상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm이상	U4802
		하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/30이상~1/20미만	U4872
		하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/20이상	U4873
4	근골	개두술 또는 두개절제술(두개골 병소 또는 양성종양절제)	N0334
		폐쇄기절제술(단일)	O1401
	기관지 및 폐	폐쇄기절제술(2-3개)	O1403
		폐쇄기절제술(4-5개)	O1404
		폐쇄기절제술(6개이상)	O1405
	흉곽	흉벽종양절제술(흉벽재건술을 동반한 경우)-양성	O1483
		흉벽종양절제술(기타의 경우)-양성	O1485
	입, 이 하선	이하선종양적출술(양성)	Q2231
	식도	식도양성종양적출술(식도입구부)	Q2390
		식도양성종양적출술(복부접근)	Q2392
	비뇨기	후방광종양적출술	R3590
	내분비기	경동맥소체종양적출술-종양절제만 한 경우	P4581
		경동맥소체종양적출술-경동맥 절제를 동반한 경우	P4582
	눈	안와종양제거술-복잡 [크렌라인 수술]	S5232

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
4	간, 담낭 및 담도	담도종양수술-양성	Q7341
		체장가성낭중수술-조대술	Q7541
		체장가성낭중수술-외부배액법	Q7542
		체장가성낭중수술-내부배액법	Q7543
		체장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7550
5	기관지 및 폐	기관또는기관지종양제거술(경부접근)-기관절제및재건술	01311
		기관또는기관지종양제거술(경부접근)-기관절제및성형술	01312
		기관또는기관지종양제거술(흉부접근)-기관(지)절제및재건술	01313
		기관또는기관지종양제거술(흉부접근)-기관(지)절제및성형술	01314
		기관또는기관지종양제거술(흉부접근)-기관분기부 절제 및 재건술	01317
		폐구역절제술	01410
		단일폐엽절제술	01421
		쌍폐엽절제술	01422
		폐엽과 폐구역절제술	01423
		소매폐엽절제술	01424
	흉곽	중격동종양절제술(양성종양)	01591
		중격동종양절제술(근무력증등에흉선절제술을실시한경우)	01593
		횡격막종양절제및재건술	01605
	순환기	심장종양제거술(심방점액종제거술)	01981
		심장종양제거술(기타의것)	01982
	식도	식도양성종양적출술(흉부접근)	Q2391
	신경	종양절제를위한개두술-경비적뇌하수체종양적출술-단순	S4638
		종양절제를위한개두술-경비적뇌하수체종양적출술-복잡	S4639
		척수경막내종양및병소절제술[경추]-3구간 미만	S6691
		척수경막내종양및병소절제술[경추]-3구간 이상	S6692
		척수경막내종양및병소절제술[흉추]-3구간 미만	S6693
		척수경막내종양및병소절제술[흉추]-3구간 이상	S6694
		척수경막내종양및병소절제술[요추]-3구간 미만	S6695
		척수경막내종양및병소절제술[요추]-3구간 이상	S6696
		척수내종양및병소절제술-경추	S4694
		척수내종양및병소절제술-흉추	S4695
		척수내종양및병소절제술-요추	S4696
		척수경막외종양및병소절제술[경추]-척추경또는척추체를포함하는경우	S4704
		척수경막외종양및병소절제술[경추]-척추경또는척추체를포함하지아니한경우	S4705
		척수경막외종양및병소절제술[흉추]-척추경또는척추체를포함하는경우	S4706
		척수경막외종양및병소절제술[흉추]-척추경또는척추체를포함하지아니한경우	S4707
		척수경막외종양및병소절제술[요추]-척추경또는척추체를포함하는경우	S4708

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
5	신경	척수경막외종양및병소절제술[요추]-척추경또는척추체를포함하지아니한경우	S4709
		뇌내시경수술-종양또는낭종절제	S4743
	귀	청신경종양적출술-이과적접근[경미로, 경외우, 후미로등]	S5741
		청신경종양적출술-두개접근	S5742
		청신경종양적출술-복합접근	S5743
6	간, 담낭 및 담도	담도낭중수술-절제술	Q7332
		종양절제를위한개두술(천막상부)-단순	S4634
	신경	종양절제를위한개두술(천막상부)-복잡	S4635
		종양절제를위한개두술(천막하부)-단순	S4636
		종양절제를위한개두술(천막하부)-복잡	S4637
		뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-전두개와	S4801
		뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-중두개와	S4802
		뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-후두개와	S4803

무배당 갱신형 간편한 특정치료비보장
특별약관2511(일반심사형)

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 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)

- 부활(효력회복)계약의 양보장개시일, 유방양보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 5년만기 또는 10년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 5년 또는 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 5년 또는 10년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간(예시)】

42세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 5년만기 갱신형 보장을 가입하는 경우

	5년		5년	...	5년	5년	3년	
갱신시점의 보험나이	42세	47세	52세	...	67세	72세	77세	80세

- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암진단일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 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.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(OD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 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.
- 만15세미만자, 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. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음

성낙음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

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

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

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

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 갱신형 간편한 특정치료비보장
특별약관2511(일반심사형)**

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 간편한 특정치료비보장 특별약관2511(일반심사형)(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강 진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
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.

용어	정의
한국표준질병사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

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

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5) 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지

급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

이 계약의 보험금의 청구는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 제2절 보장조항 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

- ③ 제2항에 따라 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.
- ④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이

을 계산)】에서 정한 비율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

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

⑦ 회사는 제6항의 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 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【보험금 지급 예시】

1. 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우

보험금 : 6천만원

보험금 지급일자 : 2025년 4월 1일

보험금을 일시에 지급받지 않고, 3년간 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	보험금 받는 방법 변경 후 지급액
2025년 4월 1일	2천만원
2026년 4월 1일	2천만원 × (1 + 평균공시이율)
2027년 4월 1일	2천만원 × (1 + 평균공시이율) ²

2. 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우

보험금 : 매년 1천만원

보험금 지급기간 : 3년

보험금 지급 시작일자 : 2025년 4월 1일

보험금을 3년간 나누어 지급받지 않고, 2025년 4월 1일 보험금을 일시에 지급받는 경우

지급일	보험금 받는 방법 변경 후 지급액
	1천만원
2025년 4월 1일	+1천만원 ÷ (1 + 평균공시이율) +1천만원 ÷ (1 + 평균공시이율) ²
2026년 4월 1일	-
2027년 4월 1일	-

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자

를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

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 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

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

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(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 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

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

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - ③ 최초계약을 체결한 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 해지할 수 있습니다)
- ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을

알릴 것을 권유했을 때, 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 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.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(사기에 의한 계약)

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

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

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

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

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

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 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 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」 이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사

가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 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 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 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 제1항에서 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

【약관의 중요한 내용에서】

- 청약의 철회에 관한 사항

- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건

- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 자축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

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

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 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 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한

금액을 더하여 지급합니다.

제19조(계약의 무효)

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

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 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 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 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 제731조제1항에 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 있

- 도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

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.

제20조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 보험종목
- ② 보험기간
- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ④ 계약자, 피보험자
- ⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

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

【부가설명】

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

- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

- ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일
 현재(계약일) : 2023년 4월 14일
 ⇒ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
 = 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
 → 계약해당일 : 10월 1일
 예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
 → 계약해당일 : 2월 말일

제22조(특별약관의 소멸)

이 계약의 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제23조(특별약관의 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.
- ② 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ③ 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제25조(자동갱신 적용)

① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정된 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

② 회사는 제23조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 법령 및 표준약관 변경으로 보장내용 등이 변경되어 약관이 개정되는 경우 보험기간이 끝나는 날 이전까지 중요사항 변경내역(갱신보험료 변경 제외) 및 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드리며, 자동갱신 의사가 확인되는 경우, 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경전 계약은 만료됩니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청

또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

【보장개시일】

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

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

- ① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의

다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

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

【자동대출납입】

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

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

- ① 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
- ② 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
- ③ 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
- ④ 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
- ⑤ 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제29조(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 3년 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 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 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 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다.)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제19조(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 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위 반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말한다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.

제7관 분쟁의 조정 등

【예시】

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

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제34조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급 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 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
④ 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제36조(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 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
③ 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(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.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제38조(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」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원)

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

제40조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(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」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

- 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.

제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약할 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전

자서명을 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 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

⑤ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

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

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우

에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이거나 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(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.

제46조(준거법)

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

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

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

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

제2절 보장조항

2-1. 갱신형 표적항암약물허가치료비II보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

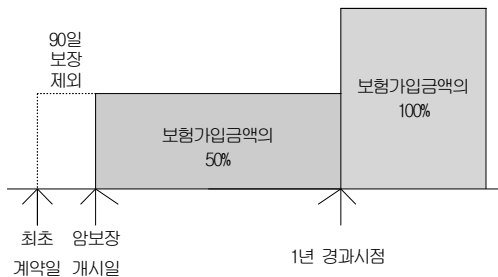
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일」부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
표적항암약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

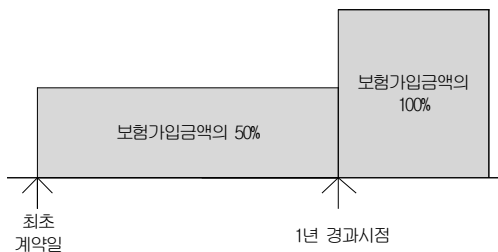
【표적항암약물허가치료비II [예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암(유사암제외) >



< 기타피부암 및 갑상선암 >

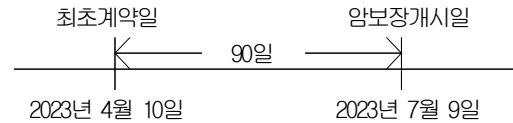


② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
표적항암약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

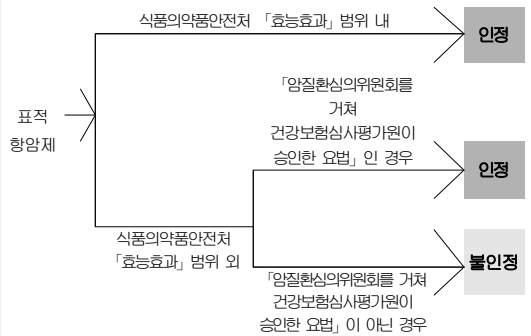
【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



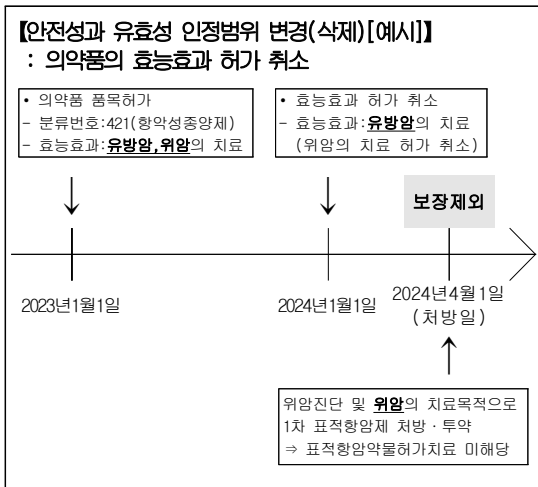
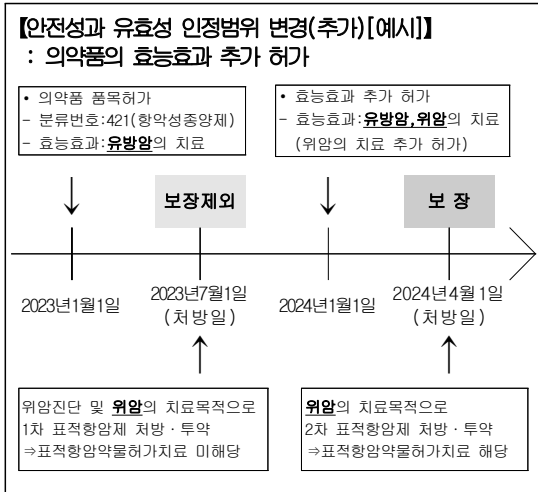
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(항후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고 한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우」라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로

분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병비하의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 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 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및

생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표3(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의약품 제3조(의약관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 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】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의약품정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 표적항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물 허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자

의사표시의 확인방법 포함)

- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인한 표적항암약물허가치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-2. 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비II(연간1회한) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 표적항암약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
표적항암약물 허가치료시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	첫번째	보험가입 금액의 50%	보험가입 금액의 100%
	두번째이후	-	보험가입 금액의 10%

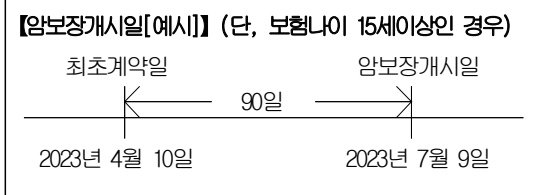
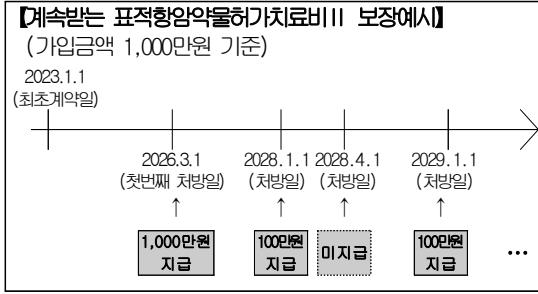
② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

구 분		지급금액
표적항암약물 허가치료시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	첫번째	보험가입금액의 100%
	두번째이후	보험가입금액의 10%

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 차회 갱신계약의 보험기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험가입금액의 10%를 계속받는 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

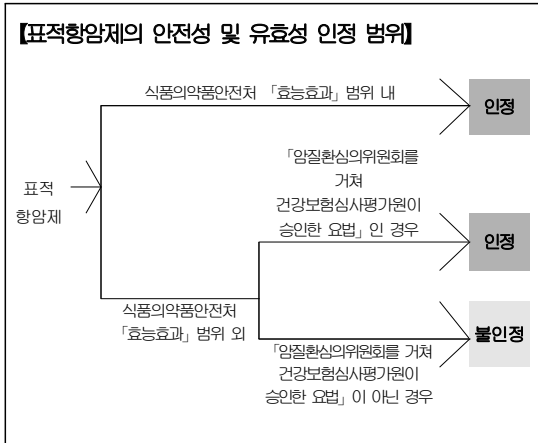
④ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

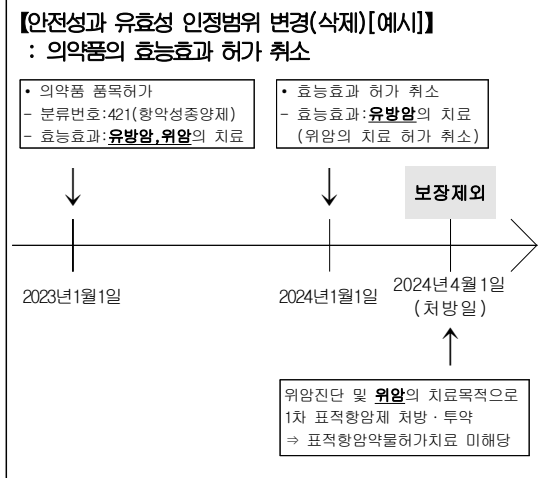
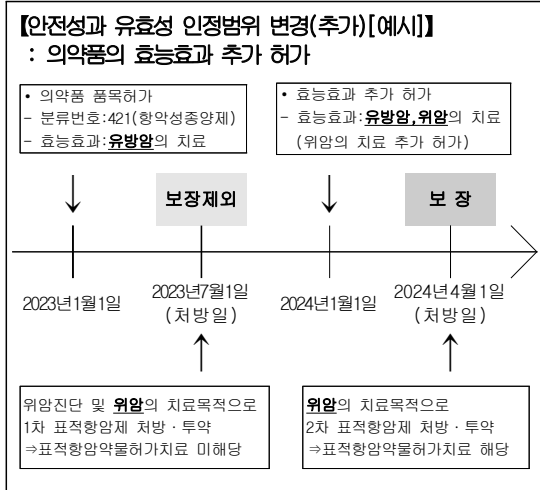


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 계속받는 표적항암약물허가치료비는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(항후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】) 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】) 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로

분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및

생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표3(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안정성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안정성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 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】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이
승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는
신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 표적항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물 허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자

의사표시의 확인방법 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-3. 갱신형 항암양성지방방사선치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

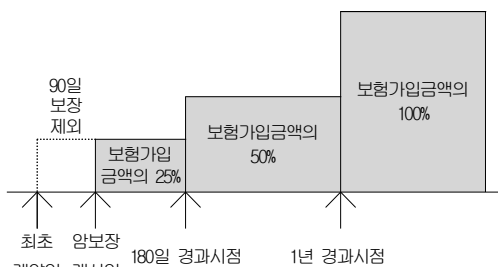
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「항암양성지방방사선치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성지방방사선치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 180일 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약일부터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 180일 경과시점 이후 최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
항암양성지방방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

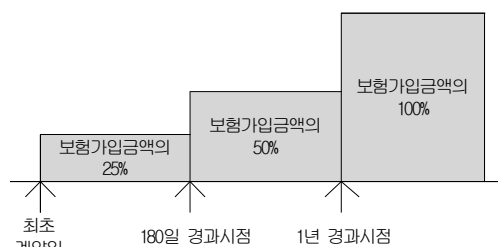
【항암양성지방방사선치료비(예시)】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 「암(유사암제외)」으로 항암양성지방방사선치료를 받은 경우 >



< 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암양성지방방사선치료를 받은 경우 >



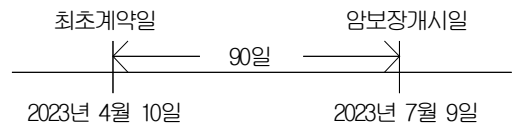
② 제1항의 「항암양성지방방사선치료를 받은 경우」라 함은 최초치료일자를 기준으로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성지방방사선치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
항암양성지방방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

④ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【암보장개시일(예시)】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

㉔ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

㉕ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암양성자방사선치료의 정의)

㉑ 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

㉒ 전자기파를 이용한 'X선치료', '감마선치료', '중입자치료' 등은 「항암양성자방사선치료」에 해당되지 않습니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

㉑ 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 항암방사선치료기록지, 진료비 세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

㉒ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

㉑ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암양성자방사선치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

㉒ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

㉓ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에

게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제80조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-4. 갱신형 항암세기조절방사선치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

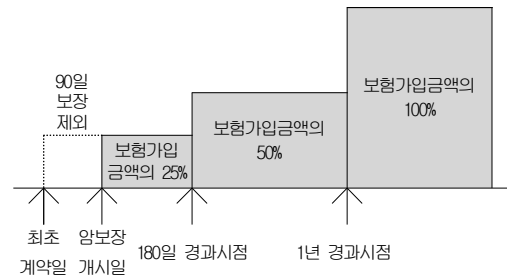
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「항암세기조절방사선치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 180일 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약일부터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 180일 경과시점 이후 최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
항암세기조절방사선치료비 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

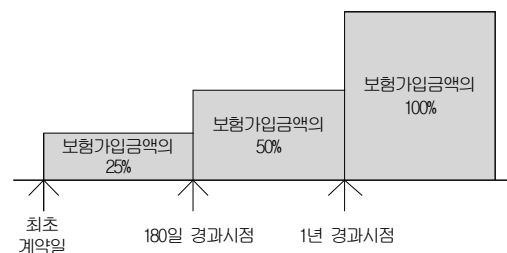
【항암세기조절방사선치료비[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 「암(유사암제외)」으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우 >



< 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우 >



② 제1항의 「항암세기조절방사선치료를 받은 경우」라 함

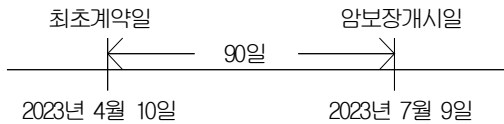
은 최초치료일자를 기준으로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
항암세기조절방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

④ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【암보장개시일(예시)】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암세기조절방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「세기조절방사선치료법」을 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

② 제1항의 「세기조절방사선치료법」은 방사선 조사 방향을 수십 배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로

방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료법을 말합니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 항암방사선치료기록지, 진료비 세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암세기조절방사선치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-5. 갱신형 다빈치로봇 암수술비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 다빈치로봇 암수술비(암(특정암제외))보장
- 다빈치로봇 암수술비(특정암)보장

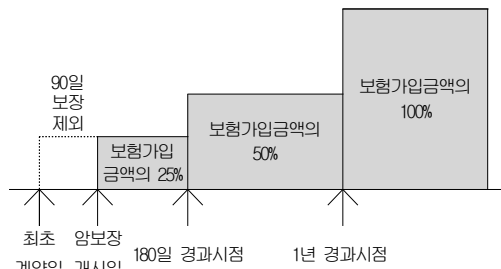
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(특정암제외)」로 진단확정되고 그 「암(특정암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇 암수술비(암(특정암제외))로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 180일 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약일부 터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부 터 180일 경과시점 이후 최초계약일부 터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부 터 1년 경과시점 이후
암(특정암제외) 로 다빈치로봇 암수술시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	다빈치로봇 암수술비 (암(특정암 제외))보장 보험가입금액 의 25%	다빈치로봇 암수술비 (암(특정암 제외))보장 보험가입금액 의 50%	다빈치로봇 암수술비 (암(특정암 제외))보장 보험가입금액 의 100%

【다빈치로봇 암수술비(암(특정암제외))】[예시] (단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 「암(특정암제외)」로 다빈치로봇 암수술을 받은 경우 >



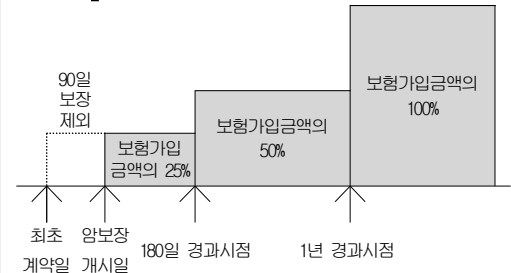
② 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「특정암」으로 진단확정되고 그 「특정암」의 치료를 직접적인 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇 암수술비(특정암)으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 180일 경

과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약일부 터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부 터 180일 경과시점 이후 최초계약일부 터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부 터 1년 경과시점 이후
특정암으로 다빈치로봇 암수술시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	다빈치로봇 암수술비 (특정암)보장 보험가입금액 의 25%	다빈치로봇 암수술비 (특정암)보장 보험가입금액 의 50%	다빈치로봇 암수술비 (특정암)보장 보험가입금액 의 100%

【다빈치로봇 암수술비(특정암)】[예시] (단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 「특정암」으로 다빈치로봇 암수술을 받은 경우 >

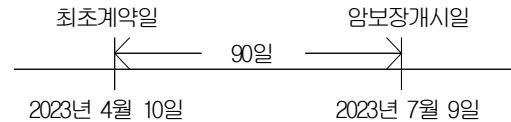


③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항 및 제2항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험금으로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(특정암제외)로 다빈치로봇 암수술시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	다빈치로봇 암수술비 (암(특정암제외))보장 보험가입금액의 100%
특정암으로 다빈치로봇 암수술시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	다빈치로봇 암수술비 (특정암)보장 보험가입금액의 100%

④ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일(예시)】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(「암(특정암제외)」, 「특정암」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암(특정암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「암」이라 함은 「암(특정암제외)」, 「특정암」을 총칭합니다.
- ④ 「암」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 하며, 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는

원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조(다빈치로봇 암수술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「다빈치로봇 암수술」이란 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 「수술」을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

수가코드	행위명
Q2961	로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci①

【다빈치로봇 암수술】

다빈치로봇 암수술이란 「암」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)

- ② 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 암수술」을 받은 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「다빈치로봇 암수술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 마용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
- ⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은

정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제8조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 다빈치로봇 암수술비(암(특정암제외)) 지급사유가 발생한 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 해당 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관의 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 다빈치로봇 암수술비(특정암) 지급사유가 발생한 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 해당 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관의 보장책임이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일

을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-6. 갱신형 특정질환3대치료비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)
- ② 유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최초1회한)
- ③ 자궁근종 고강도초음파집속술치료비(최초1회한)

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

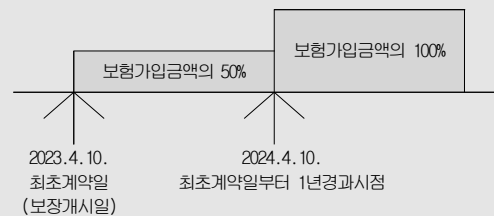
- ① 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「갑상선특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「갑상선고주파열치료술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선질환 고주파열치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선질환 고주파열치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	갑상선질환 고주파열치료비보장 보험가입금액의 50%	갑상선질환 고주파열치료비보장 보험가입금액의 100%

【갑상선질환 고주파열치료비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선질환 고주파열치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
갑상선질환 고주파열치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	갑상선질환 고주파열치료비보장 보험가입금액의 100%

2. (갑상선특정질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선특정질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D34(갑상선의 양성신생물) 및 E04(기타 비독성 고이터)로 분류되는 질병으로, 【별표4(갑상선특정질환 분류표)】에서 정한 질병을 말한다.

② 「갑상선특정질환」의 진단확정은 의로법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 함)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「갑상선특정질환」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「갑상선특정질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선특정질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

3. (갑상선고주파열치료술의 정의)

① 이 특별약관에서 「갑상선고주파열치료술」이라 함은 의사가 피보험자의 「갑상선특정질환」으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

수가코드	행위명
P2612	증상이 있는 갑상선양성결절의 고주파열치료술

【갑상선고주파열치료술】

갑상선고주파열치료술이란 고주파가 발생하는 특수바늘(전극)을 갑상선 종양에 삽입하여 고열로 괴사시키는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상 「갑상선고주파열치료술」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「갑상선고주파열치료술」을 받은 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 치료 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드를 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「갑상선고주파열치료술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

4. (보장의 소멸)

① 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선질환 고주파열치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 보장책임의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

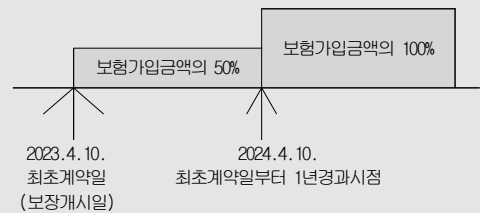
② 유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최초1회한)

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「유방특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「진공보조장치이용절제술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방병변 진공보조장치이용절제치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
유방병변 진공보조장치 이용절제치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	유방병변 진공보조장치 이용절제치료비보장 보험가입금액의 50%	유방병변 진공보조장치 이용절제치료비보장 보험가입금액의 100%

【유방병변 진공보조장치이용절제치료비(예시)】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방병변 진공보조장치이용절제치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
유방병변 진공보조장치 이용절제치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	유방병변 진공보조장치 이용절제치료비보장 보험가입금액의 100%

2. (유방특정질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「유방특정질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D24(유방의 양성 신생물) 및 N60(양성 유방단형성이상)으로 분류되는 질병으로, 중【별표5(유방특정질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「유방특정질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「유방특정질환」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유방특정질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유방특정질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

3. (진공보조장치이용절제술의 정의)

① 이 특별약관에서 「진공보조장치이용절제술」이라 함은 의사가 피보험자의 「유방특정질환」으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 행해지는 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」은 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(보건복지부고시 제2019-243호)」의 [별표1]의 770에 해당하는 의료행위를 말합니다.

【신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(별표1)】

770. 초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술

가. 기술명

- 한글명 : 초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술
- 영문명 : Ultrasound-guided Vacuum Assisted Breast Benign Lesion Excision

나. 사용목적

- 유방 양성병변의 치료를 위한 절제

다. 사용대상

- 유방 양성병변 환자

라. 시술방법

- 초음파유도하 진공보조장치를 이용하여 병변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침 내로 병변을 흡인하며 절제함

③ 이 특별약관 체결시점 이후 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 개정에 따라 해당 의료행위 번호가 변경된 경우는 치료 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4. (보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 유방병변 진공보조장치이용절제치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

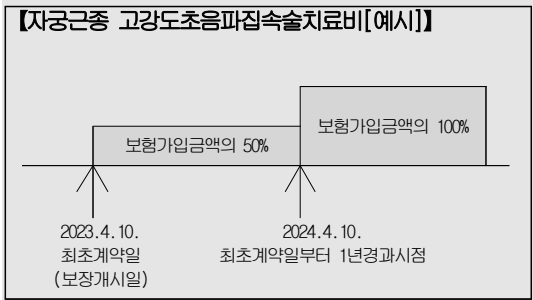
③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 보장책임의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 자궁근종 고강도초음파집속술치료비(최초1회한)

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「자궁근종」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「고강도초음파집속술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 자궁근종 고강도초음파집속술치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
자궁근종 고강도초음파 집속술치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	자궁근종 고강도초음파 집속술치료비보장 보험가입금액의 50%	자궁근종 고강도초음파 집속술치료비보장 보험가입금액의 100%



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 자궁근종 고강도초음파집속술치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
자궁근종 고강도초음파집속술치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	자궁근종 고강도초음파 집속술치료비보장 보험가입금액의 100%

2.(자궁근종의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「자궁근종」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D25(자궁의 평활근종)으로 분류되는 질병으로, 【별표6(자궁근종 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「자궁근종」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「자궁근종」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「자궁근종」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「자궁근종」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

3.(고강도초음파집속술의 정의)

① 이 특별약관에서 「고강도초음파집속술」이라 함은 의사가 피보험자의 「자궁근종」으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 다만, 「자기공명영상유도하 고강도초음파집속술(자궁근종)」에 해당하는 의료행위는 보장대상에서 제외합니다.

수가코드	행위명
RZ566	초음파 유도하 고강도초음파집속술 (자궁근종, 자궁선근종)

【고강도초음파집속술】

고강도의 초음파에너지를 한 곳에 모을 때 초점에서 발생하는 고열을 이용해 자궁근종, 자궁선근종 조직을 태워 없애는 치료방법

② 제1항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상 「고강도초음파집속술」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「고강도초음파집속술」을 받은 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 치료 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드를 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「고강도초음파집속술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

4.(보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 자궁근종 고강도초음파집속술치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 보장책임의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 각 세부조항의 「보험금의 지급사유」 조항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의

건에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 아래의 경우에 해당하는 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 미용성형 목적의 치료
- ② 검사 및 진단을 위한 치료(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 등), 수술확인서 등)
- [단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자의 사표시의 확인방법 포함)

- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

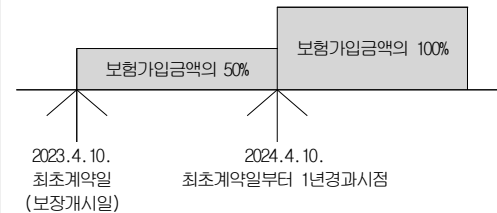
2-7. 갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「갑상선특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「갑상선고주파열치료술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선질환 고주파열치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선질환 고주파열치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【갑상선질환 고주파열치료비(예시)】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선질환 고주파열치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
갑상선질환 고주파열치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(갑상선특정질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선특정질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D34(갑상선의 양성신생물) 및 E04(기타 비독성 고이터)로 분류되는 질병으로, 【별표4(갑상선특정질환 분류표)】에서 정한 질병을 말함

니다.

② 「갑상선특정질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「갑상선특정질환」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「갑상선특정질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선특정질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

제4조(갑상선고주파열치료술의 정의)

① 이 특별약관에서 「갑상선고주파열치료술」이라 함은 의사가 피보험자의 「갑상선특정질환」으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

수가코드	행위명
PZ612	증상이 있는 갑상선양성결절의 고주파열치료술

【갑상선고주파열치료술】

갑상선고주파열치료술이란 고주파가 발생하는 특수바늘(전극)을 갑상선 종양에 삽입하여 고열로 과사시키는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상 「갑상선고주파열치료술」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「갑상선고주파열치료술」을 받은 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 치료 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드를 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「갑상선고주파열치료술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 등), 수술확인서 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 아래의 경우에 해당하는 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 미용성형 목적의 치료
- ② 검사 및 진단을 위한 치료(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등)

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선질환 고주파열치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-8. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

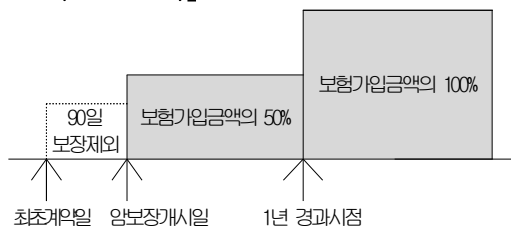
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
특정면역항암 약물허가치료시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

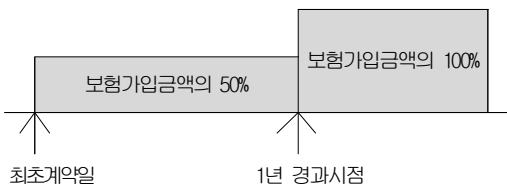
【특정면역항암약물허가치료비[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 「암(유사암제외)」 >



< 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 >



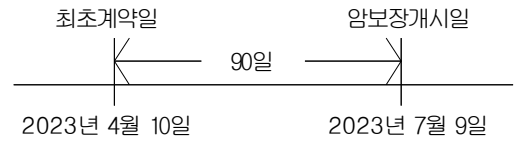
② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
특정면역항암약물허가치료시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의

다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



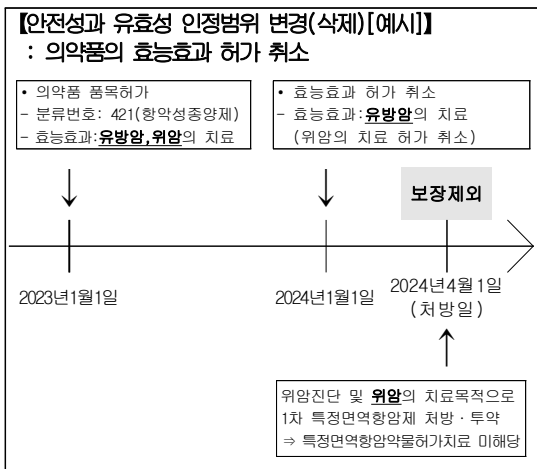
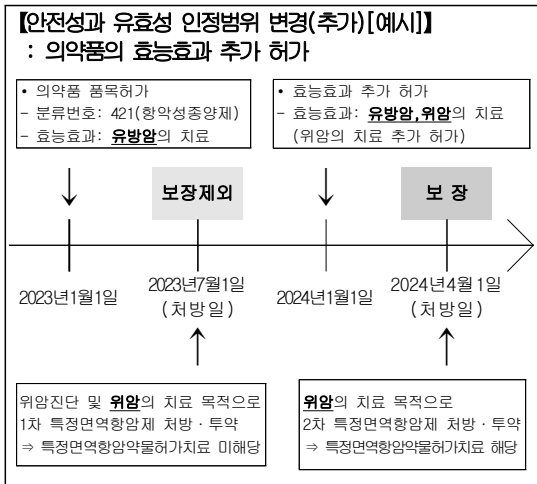
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정면역항암약물허가치료비는 특정면역항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 특정면역항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로

분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병비하의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 421(항악성종양제) (예규 개정)에 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 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】

면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 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 T세포) 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 백터를 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, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표7(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의약품 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의약품정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용

여부

립니다.

㉔ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래 처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정면역항암약을 허가치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따

2-9. 갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비 (연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
특정면역항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	첫번째	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	두번째 이후	-	보험가입금액의 10%

② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

구 분		지급금액
특정면역항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	첫번째	보험가입금액의 100%
	두번째이후	보험가입금액의 10%

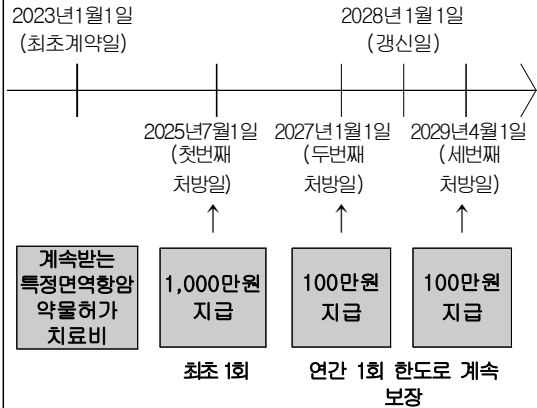
③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 차회 갱신계약의 보험기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험가입금액의 10%를 계속받는 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

④ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

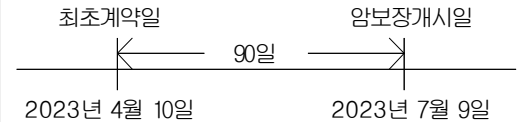
⑤ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【계속받는 특정면역항암약물허가치료비 보장[예시]】

(가입금액 1,000만원 기준)



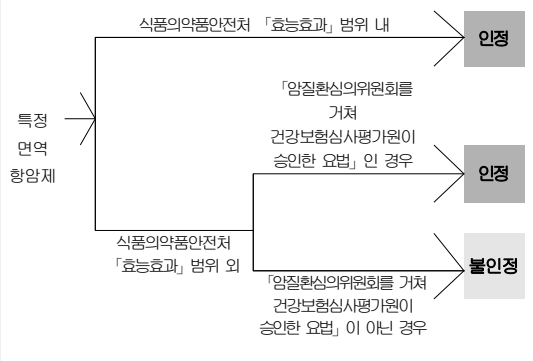
【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



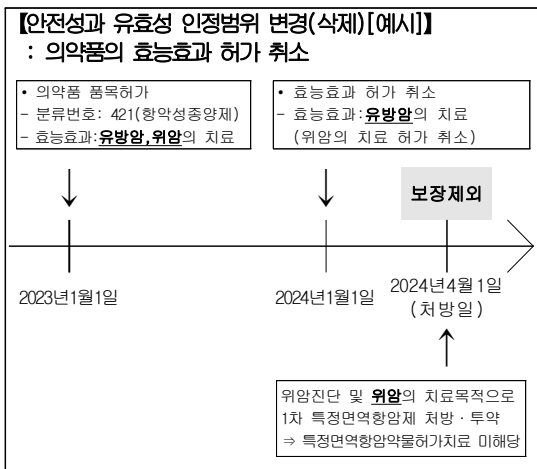
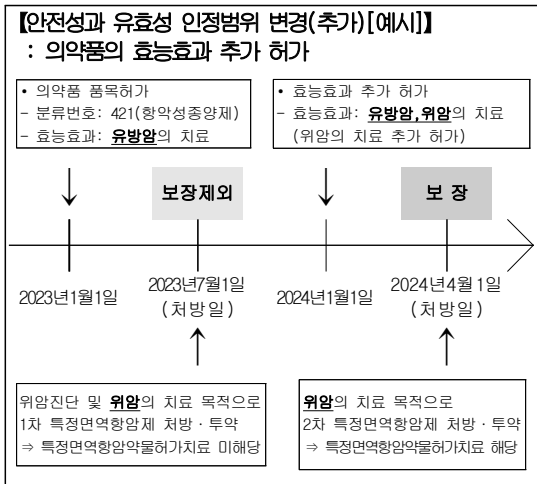
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 계속받는 특정면역항암약물허가치료비는 특정면역항암제가 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외로 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)에서 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 특정면역항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로

분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병비한의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 421(항악성종양제) (예규 개정)에 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 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】

면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 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 T세포) 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 백터를 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, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표7(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의약품 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 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】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

㉔ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자의 의사표시의 확인방법 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

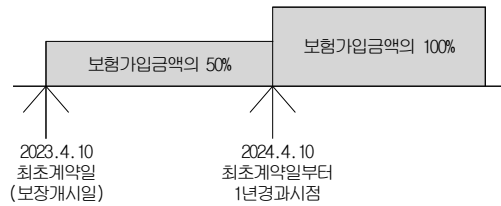
2-10. 갱신형 체외충격파쇄석술치료비 (급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 「체외충격파쇄석술(급여)」을 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 체외충격파쇄석술치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
체외충격파쇄석술(급여)치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【체외충격파쇄석술치료비(예시)】



② 제1항에도 불구하고 상해로 인하여 제1항의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 최초계약일로부터 1년경과시점 전일 이전에도 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 제1항의 체외충격파쇄석술치료비로 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 체외충격파쇄석술치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
체외충격파쇄석술(급여)치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

④ 제1항 및 제3항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「체외충격파쇄석술(급여)」을 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 체외충격파쇄석술치료비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정

에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(체외충격파쇄석술(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「체외충격파쇄석술(급여)」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
체외충격파쇄석술 [신, 요관, 방광결석 또는 담석, 체석]	R3504- R3508

【체외충격파쇄석술(ESWL)】

몸 밖에서 높은 에너지의 충격파를 콩팥이나 요관결석에 집중적으로 쏘아, 결석이 서서히 부서지게 만들고, 소변과 함께 자연 배출되게 하는 치료법으로 몸에 상처를 입히지 않는 비침습적 시술을 말하며, 근골격계 질환에서 주로 시행되는 체외충격파치료술(ESWT)은 제외됩니다.

② 제1항의 「체외충격파쇄석술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「체외충격파쇄석술(급여)」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 「체외충격파쇄석술(급여)」의 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요요건을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의

사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-11. 갱신형 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 (1-3종, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]
- ② 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환]
- ③ 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

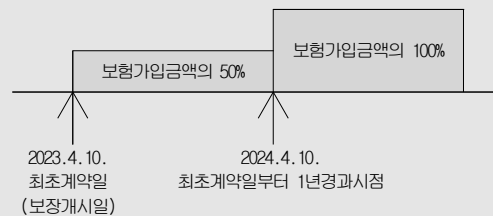
- ① 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환] 예시】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]

환)로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환] 보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2.(특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 함)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에서 정한 아래의 「수가코드」 또는 「기술번호」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
고주파정맥내막폐쇄술 [유도로 포함] 가. 교통정맥결찰술을 동반한 경우 나. 교통정맥결찰술을동반하지않은경우	0Y201 0Y202
광투시정맥흡입제거술 가. 교통정맥결찰술을 동반한 경우 나. 교통정맥결찰술을 동반하지 않은 경우	0Y203 0Y204
시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐색술[유도로 포함]	0Z303
레이저정맥폐쇄술 [유도로 포함]	0Z304
경피적 기계화학 정맥폐색술	0Z308
근골격계 종양의 고주파열치료술	SZ081
추간판내 고주파 열치료술	SZ083
자가 골수 줄기세포 치료·연골결손	SZ085
골수 내 하지 길이 자동조정 연장술	SZ089
내시경적 경막외강 신경근성형술	SZ631
경피적 경막외강 신경근성형술	SZ634
경피적 풍선확장 경막외강 신경근성형	SZ641
콜라겐 I/III형 이중막을 덮개로 이용한 자가유래연골세포이식술	신의료366

② 제1항의 신의료기술 「기술번호」는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과(유효성)를 인정받은 경우에 한하여 순차적으로 부여되는 고유한 번호(【별표8(특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료 분류표)】참조)를 말합니다.

③ 제1항의 「수가코드」 또는 「기술번호」를 받지 않았다 하더라도 진료비세부내역서 및 수술기록지상 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 것으로 봅니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비

급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정에 따라 수가코드 또는 기술번호가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 수가코드 및 기술번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드 및 기술번호를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정으로 수가코드 또는 기술번호가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

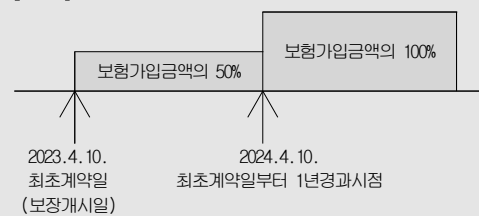
② 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환]

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환] 예시】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환]로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환]보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2.(특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에서 정한 아래의 「수가코드」 또는 「기술번호」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
비밸브재건술	QZ111
후두내시경 필스다이라이저 후두수술	QZ132
증상이 있는 감작성양성결절의 경피적레이저치료술	PZ611
증상이 있는 감작성양성결절의 고주파열치료술	PZ612
연구개 이식물 삽입술	QZ372
이설근전진술	QZ373
설골 감작성골 고정술	QZ374
원형자동문합기를 이용한 경향문 직장절제술 [원형자동문합기 포함]	QZ491
간암의 초음파유도 고강도초음파집속술	QZ844
체장도세포분리, 체장도세포냉동보관, 체장도세포배양 및 체장도세포이식	QZ901
고강도 초음파 집속술 [전립선암]	RZ511
이식형 결찰사를 이용한 전립선 결찰	RZ515
자기유래배양피부이식술	SZ032
지방흡입기를 이용한 액취증·다한증 수술	SZ033
자기공명영상유도하 고강도 초음파집속술[뇌]	SZ630
망막하 경성 삼출물 제거술	SZ663
황반부 전위술	SZ664
각막내링삽입술[원추각막]	SZ668
각막교차결합술	SZ669
고주파성유주절개 [내측접근]	SZ671
금판 삽입술	신의료123
폐 고주파 치료술	신의료513
내시경 귀수술	신의료670
클립을 사용한 경피적 경도관 승모판재건술	신의료678
당관협착을 동반한 당관종양 고주파 열치료술	신의료720
복강경 보조하 경향문 접근 직장 및 에스장 절제술	신의료785

② 제1항의 신의료기술 「기술번호」는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과(유효성)를 인정받은 경우에 한하여 순차적으로 부여되는 고유한 번호(【별표9(특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료 분류표)】 참조)를 말합니다.

③ 제1항의 「수가코드」 또는 「기술번호」를 받지 않았다 하더라도 진료비세부내역서 및 수술기록지상 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 것으로 봅니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정에 따라 수가코드 또는 기술번호가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 수가코드 및 기술번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드 및 기술번호를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정으로 수가코드 또는 기술번호가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

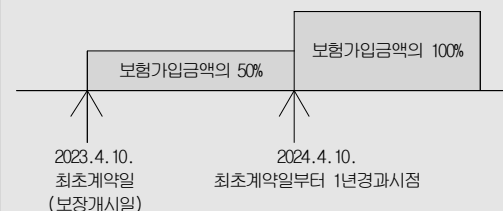
③ 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「질병 로봇보조 비급여치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조] 예시】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조] 보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (질병 로봇보조 비급여치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병 로봇보조 비급여치료」라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] 가. 다빈치 기기 da Vinci [®] 나. 레오아이 기기 Revo-i	QZ961 QZ964

② 제1항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상 「질병 로봇보조 비급여치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「질병 로봇보조 비급여치료」를 받은 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「질병 로봇보조 비급여치료」의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록개정으로 수가코드가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「질병 로봇보조 비급여치료」의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 각 세부조항의 「보험금의 지급사유」 조항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)

에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장 개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보상합니다.)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산 후기로 수술한 경우(000~099)
- ④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(000~099)
- ⑤ 비만(E66)
- ⑥ 요실금(N99.3, N99.4, R32)
- ⑦ 비노기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
- ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 단순한 피로 또는 권태
- ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상 모반 등 선천성 비신생물성모반(082.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- ⑤ 발기부전(impotence)-불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경열반 등 안과질환
- ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료
- ⑦ 검사 및 진단을 위한 치료(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑧ 피임(避妊)목적 또는 피임(避妊) 및 불임술 후 가임

목적의 치료

- ⑨ 보건복지부에서 고시하는 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표2] 제한적 의료기술, [별표3] 혁신의료기술에 해당하는 의료행위

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요요건을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자의 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-12. 갱신형 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 (1-4종, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]
- ② 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환]
- ③ 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]
- ④ 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[4종 여성 비뇨생식기질환]

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

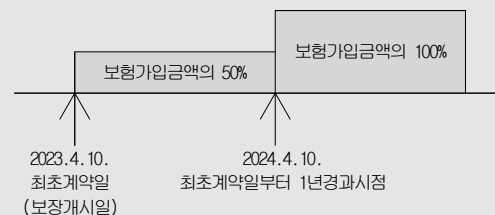
- ① 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환] [예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보

협수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여,신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여,신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여,신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환] 보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2.(특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에서 정한 아래의 「수가코드」 또는 「기술번호」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
고주파정맥내마폐쇄술 [유도로 포함] 가. 교통정맥결찰술을 동반한 경우 나. 교통정맥결찰술을동반하지않은경우	0Y201 0Y202
광투시정맥흡입제거술 가. 교통정맥결찰술을 동반한 경우 나. 교통정맥결찰술을 동반하지 않은 경우	0Y203 0Y204
시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐색술[유도로 포함]	0Z303
레이저정맥폐쇄술 [유도로 포함]	0Z304
경피적 기계화학 정맥폐색술	0Z308
근골격계 종양의 고주파열치료술	SZ081
추간판내 고주파 열치료술	SZ083
자가 골수 줄기세포 치료·연골결손	SZ085
굴수 내 하지 길이 자성조절 연장술	SZ089
내시경적 경막외강 신경근성형술	SZ631
경피적 경막외강 신경성형술	SZ634
경피적 풍선확장 경막외강 신경성형	SZ641
콜라겐 I/III형 이중막을 덮개로 이용한 자가유래연골세포이식술	신의료366

② 제1항의 신의료기술 「기술번호」는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과(유효성)를 인정받은 경우에 한하여 순차적으로 부여되는 고유한 번호(【별표8(특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료 분류표)】참조)를 말합니다.

③ 제1항의 「수가코드」 또는 「기술번호」를 받지 않았다 하더라도 진료비세부내역서 및 수술기록지상 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료」를 받은 것으로

봅니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정에 따라 수가코드 또는 기술번호가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 수가코드 및 기술번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드 및 기술번호를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료」의 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정으로 수가코드 또는 기술번호가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료」의 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

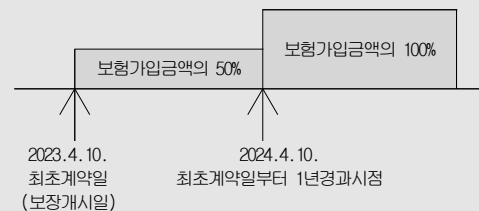
② 질병 특정 비급여,신의료기술치료비[2종 기타질환]

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「특정 기타질환 비급여,신의료기술치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여,신의료기술치료비[2종 기타질환]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여,신의료기술치료비[2종 기타질환] 예시】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수

익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환]로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환]보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에서 정한 아래의 「수가코드」 또는 「기술번호」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
비밸브재건술	QZ111
후두내시경 필스다이라이저 후두수술	QZ132
증상이 있는 감작성양성결절의 경피적레이저치료술	PZ611
증상이 있는 감작성양성결절의 고주파열치료술	PZ612
연구개 이식물 삽입술	QZ372
이설근전진술	QZ373
설골 감작성골 고정술	QZ374
원형자동문합기를 이용한 경향문 직장절제술 [원형자동문합기 포함]	QZ491
간암의 초음파유도 고강도초음파집속술	QZ844
체장도세포분리, 체장도세포냉동보관, 체장도세포배양 및 체장도세포이식	QZ901
고강도 초음파 집속술 [전립선암]	RZ511
이식형 결찰사를 이용한 전립선 결찰	RZ515
자기유래배양피부이식술	SZ032
지방흡입기를 이용한 액취증·다한증 수술	SZ033
자기공명영상유도하 고강도 초음파집속술[뇌]	SZ630
망막하 경성 삼출물 제거술	SZ663
황반부 전위술	SZ664
각막내링삽입술[원추각막]	SZ668
각막교차결합술	SZ669
고주파성유주절개 [내측접근]	SZ671
금관 삽입술	신의료123
폐 고주파 치료술	신의료513
내시경 귀수술	신의료670
클립을 사용한 경피적 경도관 승모판재건술	신의료678
담관협착을 동반한 담관종양 고주파 열치료술	신의료720
복강경 보조하 경향문 접근 직장 및 에스장 절제술	신의료785

② 제1항의 신의료기술 「기술번호」는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과(유효성)를 인정받은 경우에 한하여 순차

적으로 부여되는 고유한 번호(【별표9(특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료 분류표)】참조)를 말합니다.

③ 제1항의 「수가코드」 또는 「기술번호」를 받지 않았다 하더라도 진료비세부내역서 및 수술기록지상 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 것으로 봅니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정에 따라 수가코드 또는 기술번호가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 수가코드 및 기술번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드 및 기술번호를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정으로 수가코드 또는 기술번호가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

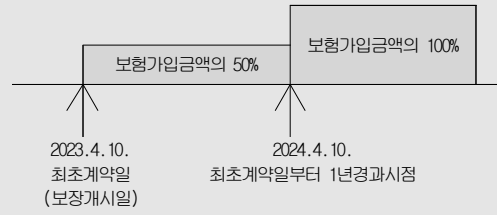
③ 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「질병 로봇보조 비급여치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조] 예시】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조]보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2.(질병 로봇보조 비급여치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병 로봇보조 비급여치료」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] 가. 다빈치 기기 da Vinci① 나. 레보아이 기기 Revo-i	QZ961 QZ964

② 제1항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상 「질병 로봇보조 비급여치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「질병 로봇보조 비급여치료」를 받은 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「질병 로봇보조 비급여치료」의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록개정으로 수가코드

가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「질병 로봇보조 비급여치료」의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

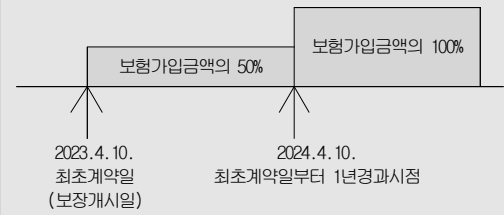
④ 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[4종 여성 비노생식기질환]

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[4종 여성 비노생식기질환]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [4종 여성 비노생식기질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [4종 여성 비노생식기질환]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [4종 여성 비노생식기질환]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[4종 여성 비노생식기질환] 예시】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[4종 여성 비노생식기질환]로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [4종 여성 비노생식기질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [4종 여성 비노생식기질환]보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2.(특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질

병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에서 정한 아래의 「수가코드」 또는 「기술번호」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
임체적 유방절제생검술	CZ977
초음파 유도하 고강도초음파집속술(자궁근종, 자궁선근증)	RZ566
자기공명영상유도하 고강도초음파집속술	RZ565
고주파 자궁근종용해술	RZ564
열풍선을 이용한 자궁내막소작술	신의료99
전동식세절기를 이용한 자궁경하 자궁근종절제술	신의료707
초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방양성생변 절제술	신의료770

② 제1항의 신의료기술 「기술번호」는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과(유효성)를 인정받은 경우에 한하여 순차적으로 부여되는 고유한 번호(【별표10(특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료 분류표)】 참조)를 말합니다.

③ 제1항의 「수가코드」 또는 「기술번호」를 받지 않았다 하더라도 진료비세부내역서 및 수술기록지상 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 것으로 봅니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정에 따라 수가코드 또는 기술번호가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 수가코드 및 기술번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드 및 기술번호를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정으로 수가코드 또는 기술번호가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 각 세부조항의 「보험금의 지급사유」 조항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의

견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보상합니다.)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(000~099)
- ④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(000~099)
- ⑤ 비만(E66)
- ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
- ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 단순한 피로 또는 권태
- ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상 모반 등 선천성 비신생물성모반(082.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- ⑤ 발기부전(impotence)-불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료
- ⑦ 검사 및 진단을 위한 치료(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

- ⑧ 피임(避妊)목적 또는 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 치료
- ⑨ 보건복지부에서 고시하는 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표2] 제한적 의료기술, [별표3] 혁신의료기술에 해당하는 의료행위

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함하는 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-13. 갱신형 유방암 유방재건수술비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

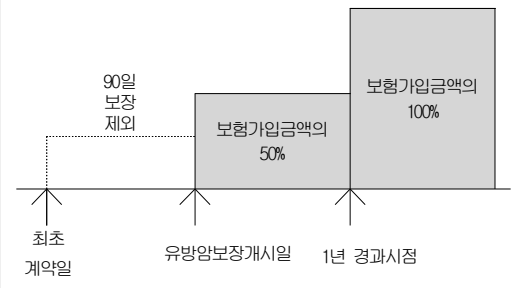
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 유방암보장개시일 이후에 「유방암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방전체절제술 후 「유방재건수술(급여)」을 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 유방암 유방재건수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
유방암 유방재건수술시(단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【유방암 유방재건수술비[예시]】

(단, 유방암보장개시일은 보험나이가 15세 이상인 경우만 해당)

< 유방암 >



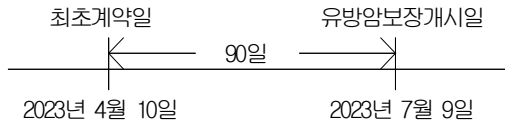
② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 유방암 유방재건수술비로 지급합니다.

구 분	지급금액
유방암 유방재건수술비시(단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「유방암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「유방암보장개시일」로 합니다.

【유방암보장개시일(예시)] (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「유방재건수술(급여)」을 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 유방재건수술(급여)만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(유방암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「유방암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 C50(유방의 악성신생물)으로 분류되는 질병으로, 【별표11(유방암 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 「유방암」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 하며, 이 경우 「유방암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유방암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유방암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)가 유방으로 전이되어 C79.80(유방의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 보험금의 지급사유에 해당하지 않습니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 보험금의 지급사유에 해당합니다.

제4조(유방재건수술(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「유방재건수술(급여)」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「유방암」으로 인한 유방 전체 절제 후 동반되는 신체적, 심리적, 사회적 상태의 원상회복을 위하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
유방재건	
가. 자가조직을 이용한 경우	
(1) 광배근	
(가) 광배근피판	N7140
(나) 광배근보존피판	N7141
(또는 흉배동맥천공지피판)	
(다) 확장광배근피판	N7142
(2) 횡복직근	
(가) 유경 횡복직근피판	N7143
(나) 양측유경 횡복직근피판	N7144
(다) 유리 횡복직근피판	N7145
(라) 유리 횡복직근보존피판	N7146
(3) 심하복벽천공지유리피판	N7147
나. 보형물을 이용한 경우	
(1) 유방확장기 삽입 및 확장	N7148
(2) 영구보형물 삽입	
(가) 유방절제와 동시 실시한 경우	N7149
(나) 유방확장기 제거 후 실시한 경우	N7150
(3) 유방피막절제(유방피막봉합·절개·피판술 포함)	N7151
다. 유두·유륜재건	
(1) 유두재건	N7152
(2) 유륜재건	N7153

【유방 전제절제수술】

큰가슴근(대흉근) 위에 존재하는 유방암을 포함한 유방 조직 전체를 제거하는 수술 방법을 말합니다.

【유방 재건수술】

유방암을 치료하기 위해 유방을 절제한 경우, 보형물을 삽입하거나 근육과 피부를 자신의 배나 등 부위에서 일부 옮겨 자가 조직으로 유방의 모양을 복원하는 수술을 말합니다.

② 제1항의 「유방재건수술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 함) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 함)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「유방재건수술(급여)」 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 「유방재건수술(급여)」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함하는 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정무기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자의 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 유방암보장개시일의 전일 이전에 「유방암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 유방암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-14. 갱신형 표적항암약물허가치료비III (비급여)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 특정표적항암약물허가치료(비급여)
- 특정면역항암약물허가치료(비급여)

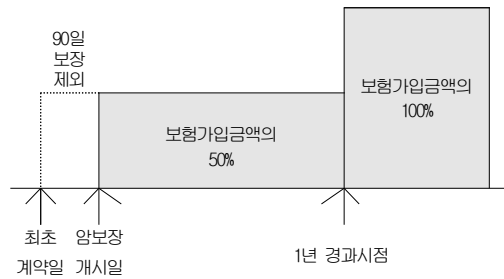
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료(비급여)를 받은 경우에는 각 세부보장당 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 「표적항암약물허가치료비III(비급여)」로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

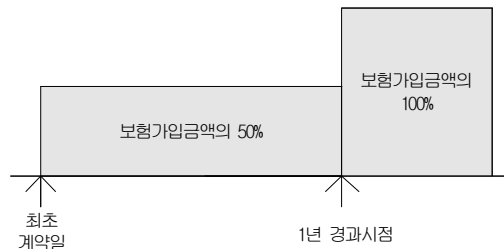
구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
특정표적항암약물허가치료 (비급여)시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 50%	해당보장 보험가입금액의 100%
특정면역항암약물허가치료 (비급여)시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 50%	해당보장 보험가입금액의 100%

【표적항암약물허가치료비III(비급여)】[예시]
(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암(유사암제외) >



< 기타피부암 및 갑상선암 >

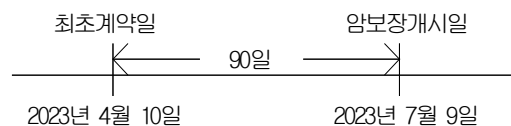


② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 각 세부보장당 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 「표적항암약물허가치료비III(비급여)」로 지급합니다.

구 분	지급금액
특정표적항암약물허가치료 (비급여)시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 100%
특정면역항암약물허가치료 (비급여)시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

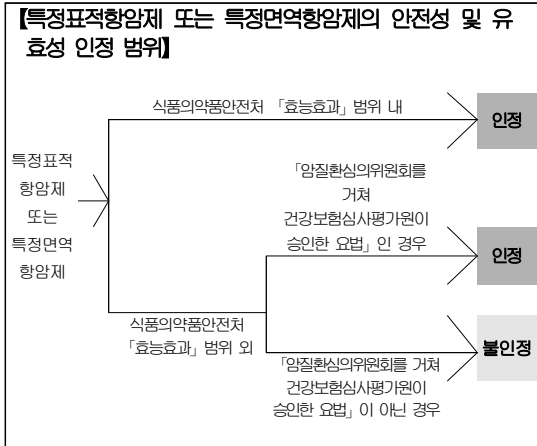
【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



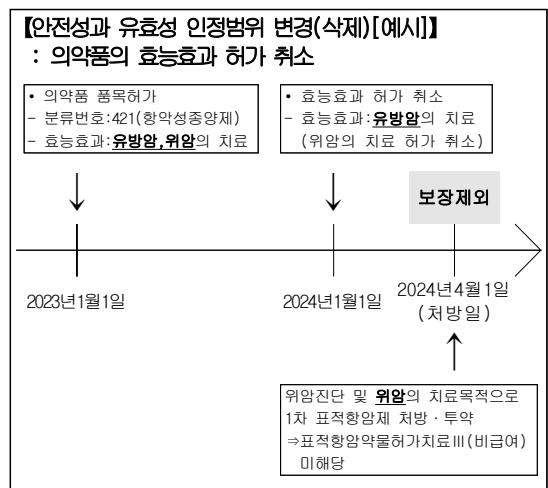
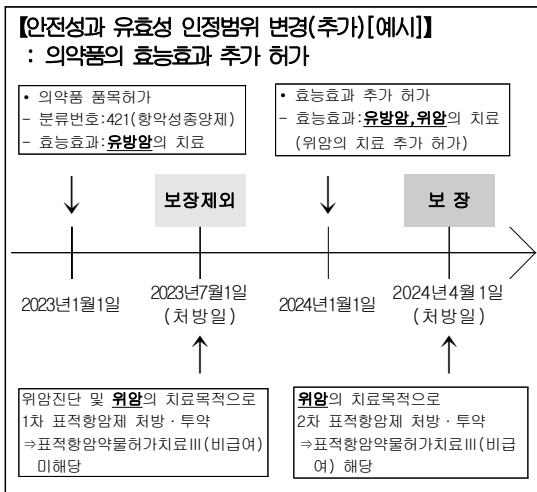
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료비III(비급여)」는 특정표적항암제 또는 특정면역항암제나 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사

용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



② 제2조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료(비급여)」를 받은 경우」라 함은 「비급여」에 해당되는 「특정표적항암제 또는 특정면역항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제5조(표적항암제, 특정표적항암제, 특정표적항암약물허가치료 및 특정표적항암약물허가치료(비급여)의 정의) 제4항 및 제6조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 특정면역항암약물허가치료(비급여)의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



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

제4조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선

암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조(표적항암제, 특정표적항암제, 특정표적항암약물허가치료 및 특정표적항암약물허가치료(비급여)의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정표적항암제」라 함은 제1항에서 정의한 「표적항암제」중 제6조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 특정면역항암약물허가치료(비급여)의 정의)에서 정의한 「특정면역항암제」를 제외한 표적항암제를 의미합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【특정표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표12(특정표적항암제 및 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「특정표적항암약물허가치료」라 함은 제7조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제2항에서 정한 「특정표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

④ 제3항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 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】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이
승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는
신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

⑤ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다. 이 때에 제6조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 특정면역항암약물허가치료(비급여)의 정의) 제4항에 따라 「특정면역항암제」로 분류한 의약품을 제외한 의약품은 「특정표적항암제」로 분류합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어서 「특정표적항암약물허가치료(비급여)」라 함은 「특정표적항암약물허가치료」중, 「비급여」대상에 해당되는 치료를 말합니다.

⑦ 제6항의 「비급여」라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

⑧ 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)은 급여에 해당하므로 「비급여」로 보지 않습니다.

제6조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 특정면역항암약물허가치료(비급여)의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정)에 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 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】

면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 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, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표12(특정표적항암제 및 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】**에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제7조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료(비급여)」라 함은 「특정면역항암약물허가치료」 중, 「비급여」 대상에 해당되는 치료를 말합니다.

⑥ 제5항의 「비급여」라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

⑦ 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)은 급여에 해당하므로 「비급여」로 보지 않습니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 표적항암약물허가치료 증명서 또는 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - ① 이하의 내용이 포함된 다음의 서류 중 하나
(표적항암약물허가치료 진단서, 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식), 특정면역항암약물허가

치료 진단서, 특정면역항암약물허가치료확인서(회사양식))

② 진단명

④ 투약한 약제의 제품명

④ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

④ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

④ 급여적용여부

④ 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용근거 및 소견

④ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제9조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 각각의 보장은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 보장이 소멸된 경우에는 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

④ 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-15. 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비III(연간1회한)(비급여) 보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 특정표적항암약물허가치료(연간1회한)(비급여)
- 특정면역항암약물허가치료(연간1회한)(비급여)

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료(비급여)를 받은 경우에는 각 세부보장당 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 「계속받는 표적항암약물허가치료비III(비급여)」로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
특정표적항암약물 허가치료(비급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	첫번째	해당보장 보험가입 금액의 50%	해당보장 보험가입 금액의 100%
	두번째 이후	-	해당보장 보험가입 금액의 10%
특정면역항암약물 허가치료(비급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	첫번째	해당보장 보험가입 금액의 50%	해당보장 보험가입 금액의 100%
	두번째 이후	-	해당보장 보험가입 금액의 10%

② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 각 세부보장당 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 「계속받는 표적항암약물허가치료비III(비급여)」로 지급합니다.

구 분		지급금액
특정표적항암약물허가치료 (비급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	첫번째	해당보장 보험가입금액의 100%
	두번째 이후	해당보장 보험가입금액의 10%
특정면역항암약물허가치료 (비급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	첫번째	해당보장 보험가입금액의 100%
	두번째 이후	해당보장 보험가입금액의 10%

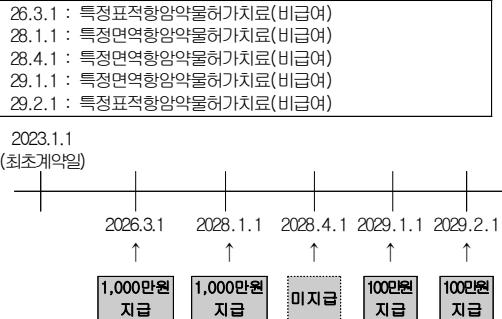
③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 차회 갱신계약의 보험기간 중

보험금 지급사유 발생시 보험금 지급사유가 발생한 세부 보장의 경우 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 해당보장 보험가입금액의 10%를 「계속받는 표적항암약물허가치료비 III(비급여)」로 지급합니다.

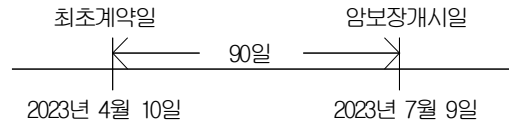
④ 제1항부터 제3항까지에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【계속받는 표적항암약물허가치료비III(비급여) 보장예시 (가입금액 1,000만원 기준)】



【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

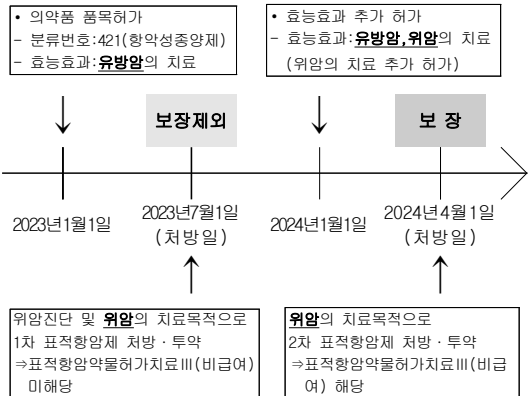
① 제2조(보험금의 지급사유)의 「계속받는 표적항암약물허가치료비III(비급여)」는 특정표적항암제 또는 특정면역항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

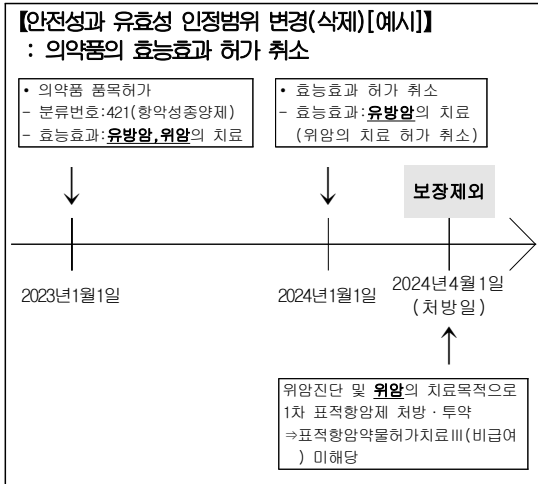
【특정표적항암제 또는 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



② 제2조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료(비급여)」를 받은 경우」라 함은 「비급여」에 해당되는 「특정표적항암제 또는 특정면역항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제5조(표적항암제, 특정표적항암제, 특정표적항암약물허가치료 및 특정표적항암약물허가치료(비급여)의 정의) 제4항 및 제6조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 특정면역항암약물허가치료(비급여)의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【안전성과 유효성 인정범위 변경(추가)[예시] : 의약품의 효능효과 추가 허가】





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

제4조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「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 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선

암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)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 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조(표적항암제, 특정표적항암제, 특정표적항암약물허가치료 및 특정표적항암약물허가치료(비급여)의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정표적항암제」라 함은 제1항에서 정의한 「표적항암제」중 제6조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 특정면역항암약물허가치료(비급여)의 정의)에서 정의한 「특정면역항암제」를 제외한 표적항암제를 의미합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【특정표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표12(특정표적항암제 및 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「특정표적항암약물허가치료」라 함은 제7조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의약품 제3조(의리기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제2항에서 정한 「특정표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

④ 제3항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함이다)」으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
 - 의약품정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

⑤ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다. 이 때에 제6조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 특정면역항암약물허가치료(비급여)의 정의) 제4항에 따라 「특정면역항암제」로 분류한 의약품을 제외한 의약품은 「특정표적항암제」로 분류합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어서 「특정표적항암약물허가치료(비급여)」라 함은 「특정표적항암약물허가치료」중, 「비급여」대상에 해당되는 치료를 말합니다.

⑦ 제6항의 「비급여」라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

⑧ 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)은 급여에 해당하므로 「비급여」로 보지 않습니다.

제6조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 특정면역항암약물허가치료(비급여)의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항암성종양제)」(예규 개정 에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항암성종양제」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 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】

면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암 세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제】

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 삽여주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 백터를 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, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표12(특정표적항암제 및 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】**에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제7조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 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】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료(비급여)」라 함은 「특정면역항암약물허가치료」 중, 「비급여」 대상에 해당되는 치료를 말합니다.

⑥ 제5항의 「비급여」라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

⑦ 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)은 급여에 해당하므로 「비급여」로 보지 않습니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 표적항암약물허가치료 증명서 또는 특정면역항암약물허가치료 증명서

- ① 이하의 내용이 포함된 다음의 서류 중 하나
(표적항암약물허가치료 진단서, 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식), 특정면역항암약물허가치료 진단서, 특정면역항암약물허가치료확인서)

(회사양식))

㉓ 진단명

㉔ 투약한 약제의 제품명

㉕ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

㉖ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

㉗ 급여적용여부

㉘ 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용근거 및 소견

㉙ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자의 의사표시의 확인방법 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항
및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금 (특별약관 제1절 일반조항 제3조)	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 (특별약관 제1절 일반조항 제35조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50%
		1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주2) 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.
- 주3) 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주5) 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【별표2】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
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. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43-C44
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. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정

시점으로 변경되지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 「표적항암제」 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 「표적항암제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템

(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 afibercept	잘트랩주25mg/ml(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알렉센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	자오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염) 자오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염) 자오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙) 인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조미브 bortezomib	벨조미주1밀리그램(보르테조미브합제) 벨조미주3.5밀리그램(보르테조미브합제) 벨케이드주(보르테조미브합제) 벨킨주2.5밀리그램(보르테조미브합제) 벨킨주3.5밀리그램(보르테조미브합제) 보테벨주3.5밀리그램(보르테조미브합제) 테조민주2.5밀리그램(보르테조미브합제) 테조민주3.5밀리그램(보르테조미브합제) 테조벨주(보르테조미브합제) 프로테조미주(보르테조미브합제) 프로테조미주2.5밀리그램(보르테조미브합제) 화이자보르테조미주3.5mg(보르테조미브수화물)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메텍스정20밀리그램(카보잔티닙) 카보메텍스정40밀리그램(카보잔티닙) 카보메텍스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조미브 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조미브) 키프롤리스주60밀리그램(카르필조미브)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	크리조티닙 crizotinib	쥬코리캡슐200밀리그램(크리조티닙) 쥬코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
10	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염) 라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
11	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정20밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정50밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정70밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
12	엘로티닙염산염 erlotinib	엘로세타정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로세타정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로립정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용) 엘로립정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정25밀리그램(엘로티닙염산염) 타세원정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타세원정150밀리그램(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
48	베바시주암 bevacizumab	아바스틴주(베바시주암)
		온베브지주(베바시주암)
		자이라베브주(베바시주암)
49	리톡시암 rituximab	맵테라주(리톡시암)(단클론항체, 유전자재조합)
		맵테라피하주사(리톡시암)(유전자재조합)
		트록시마주(리톡시암)(단클론항체, 유전자재조합)
50	라우시루암 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터 (라우시루암, 유전자재조합)
51	다라투루암 daratumumab	다잘렉스주(다라투루암)
52	아테졸리주암 atezolizumab	티벤트럭주(아테졸리주암)
53	니볼루암 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루암, 유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루암, 유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루암, 유전자재조합)
54	펜브롤리주암 pembrolizumab	키트루다주(펜브롤리주암, 유전자재조합)
		세엘전탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈라이도마이드)
55	탈리도마이드 thalidomide	탈라이드캡슐50mg(탈라이도마이드)
		탈로다캡슐100밀리그램(탈라이도마이드)
		탈로다캡슐50밀리그램(탈라이도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈라이도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈라이도마이드)
56	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
57	이필리루암 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리루암, 유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리루암, 유전자재조합)
58	더발루암 durvalumab	임핀지주(더발루암)
59	이노투주암 오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주암오조가마이신)
60	아벨루암 avelumab	비벤시오주(아벨루암)
61	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
62	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
63	길테리티닙푸마르산염 gilteritinib	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
64	다코미티닙 daclotinib hydrate	비징프로정15밀리그램(다코미티닙수화물)
		비징프로정45그램(다코미티닙수화물)
		비징프로정30밀리그램(다코미티닙수화물)
65	리보시클립 ribociclib	키스칼리정 200밀리그램(리보시클립속산산염)
66	엔트렉티닙 entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
67	라로트렉티닙 larotrectinib	비트락비백(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염)
68	레이저티닙 lazeritinib	렉라자정80밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
69	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐75밀리그램(엔코라페닙)
70	이사록시암 Isatuximab	살클리사주(이사록시암)
71	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	클리마주
72	탈라조파립 Talazoparib	탈제나캡슐1mg
		탈제나캡슐0.25mg
73	로라티닙 Lorlatinib	로비큐아정25mg
		로비큐아정100mg
74	겐투주암오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주4.5mg

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
75	아미반타브 Amivantamab 350mg	리브리반트주
76	소토라실 Sotorasib	루마크라스정120mg
77	폴라투주암베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주암베도틴)
78	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
79	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐80밀리그램(자누브루티닙)
80	테포티닙염산염수화물 Tepotinib Hydrochloride Hydrate	텡메코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)
81	프랄세티닙분무건조 분산체 Pralsetinib Spray Dried Dispersion	가브레토캡슐100밀리그램(프랄세티닙)
82	셀퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐40밀리그램(셀퍼카티닙)
		레테브모캡슐80밀리그램(셀퍼카티닙)
83	에시미닙염산염 Asciminib Hydrochloride	셈블릭스정20밀리그램(에시미닙염산염)
		셈블릭스정40밀리그램(에시미닙염산염)
84	카프마티닙염산염일 수화물 Capmatinib Hydrochloride Monohydrate	티브렉타정150밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		티브렉타정200밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
85	퍼투주암/트라스투주 암 Pertuzumab/Trastuzu mab	페스코피하주사1200/600밀리그램(퍼투주암/트라스투주암)
		페스코피하주사600/600밀리그램(퍼투주암/트라스투주암)
86	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib Hydrochloride	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산염)

- 성분명은 「효능효과」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.

【별표4】

갑상선특정질환 분류표

1. 약관에 규정하는 갑상선특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질환 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상질환	분류번호
갑상선의 양성 신생물	D34
기타 비독성 고이터	E04

대상질환분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질환 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질환 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

유방특정질환 분류표

1. 약관에 규정하는 유방특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질환 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상질환	분류번호
유방의 양성 신생물	D24
양성 유방형성이상	N60

대상질환분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질환 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질환 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

자궁근종 분류표

1. 약관에 규정하는 자궁근종으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
자궁의 평활근종	D25

대상질병분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 「특정면역항암제」 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 「특정면역항암제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과の内容을 통해 확인하실 수 있습니다.

작용기전 분류	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
면역 관문 억제 제	아테졸리주맙 atezolizumab	티센트릭주(아테졸리주맙)
	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙, 유전자재조합) 옵디보주100mg(니볼루맙, 유전자재조합) 옵디보주240mg(니볼루맙, 유전자재조합)
	펜브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펜브롤리주맙, 유전자재조합)
	이필리우맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리우맙, 유전자재조합) 여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리우맙, 유전자재조합)
	더발루맙 durvalumab	임핀지주(2.4mL)(더발루맙) 임핀지주(10mL)(더발루맙)
	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
항체 약물 중합 체 항암 치료 제	트라스투주맙 엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램 (트라스투주맙엠탄신) 캐싸일라주160밀리그램 (트라스투주맙엠탄신)
	브렌텍시맙베 도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌텍시맙베도틴)
	이노투주맙오 조가마이신 inotuzumab ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	겜투주맙오조 가마이신 gemtuzumab ozogamicin	마일로탁주4.5mg
	폴라투주맙베 도틴 Polatuzumab Vedotin	플라이비주
카티 항암 치료 제	티사젠렉류셀 tisagenlecle ucel	키리아주(티사젠렉류셀)

3. 성분명은 「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의

미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

4. 의약품은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명 (Brand Name)을 의미합니다.

5. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「특정면역항암제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

【별표8】

특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료 분류표

약관에 규정하는 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」 중 「기술번호」는 보건복지부가 고시하는 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 해당하는 다음의 의료행위를 말합니다.

【신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(별표1)】

366. 콜라겐 1/III형 이중막을 덮개로 이용한 자가유래연골세포이식술

가. 기술명

- 한글명 : 콜라겐 1/III형 이중막을 덮개로 이용한 자가유래연골세포이식술
- 영문명 : Autologous Chondrocyte Implantation under cover with Collagen type 1/III bilayer Membrane

나. 사용목적

- 자가연골세포이식술시 사용되는 골막을 대체하여 무릎관절의 연골조직 재생

다. 사용대상

- 무릎 관절 연골 결손 환자 ① 만 15세 이상, 만 50세 이하의 연령층 ② 급성 또는 반복적 손상(trauma)에 의한 대퇴과(femur condyle)의 연골 손상 ③ (편측당 한 개 또는 그 이상 병변을 합하여) 2cm2이상 10cm2이하 ④ 국소적이며 전층의 연골 손상(Outerbridge III-IV)으로 손상부위 인접 연골상태가 비교적 건강한 상태(Outerbridge I-II)로서 무릎관절 간격이 50%이상 유지되어 있는 경우)

라. 시술방법

- 손상된 연골 결손 부위를 최소 절개한 후, 연골 결손부위 변연부에서 손상 연골을 제거함. 이후 콜라겐 1/III형 이중막을 제공된 주형(template)을 사용하여 결손 부위 크기에 맞게 자르고 생리식염수로 적신 후 porous layer를 결손부위에 덮고 봉합한 다음 자가연골세포를 주입함

【별표9】

특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료 분류표

약관에 규정하는 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」 중 「기술번호」는 보건복지부가 고시하는 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 해당하는 다음의 의료행위를 말합니다.

[신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(별표1)]

123. 금판 삽입술

- 가. 기술명
- 한글명 : 금판 삽입술
 - 영문명 : Gold Weight Implantation
- 나. 사용목적
- 토안의 교정
- 다. 사용대상
- 토안
- 라. 시술방법
- 상안검을 절개하여 검판에 금판을 엮은 후, 금판을 상안검 검판에 고정시킴

513. 폐 고주파 치료술

- 가. 기술명
- 한글명 : 폐 고주파 치료술
 - 영문명 : Lung radiofrequency ablation
- 나. 사용목적
- 고주파를 이용하여 종양을 선택적으로 괴사시키는 시술
- 다. 사용대상
- 수술적 종양 절제가 어렵거나 수술을 거부한 환자 중 3cm 미만의 종양이 있는 원발성 또는 전이성 폐암 환자
- 라. 시술방법
- 국소 또는 전신 마취 하에 경피적 또는 수술적(개흉하)으로 폐 종양에 접근하여 영상 유도하에 전극이 부착된 바늘을 종양 내에 삽입함. 고주파를 발생시키면 조직이 가온됨에 따라 조직내 수분이 기화하면서 선택적으로 종양의 괴사를 유도하여 제거시킴

670. 내시경 귀수술

- 가. 기술명
- 한글명 : 내시경 귀수술
 - 영문명 : Endoscopic Ear Surgery
- 나. 사용목적
- 이과 질환의 치료 및 청력개선
- 다. 사용대상
- 만성중이염 환자, 삼출성 중이염 환자, 진주종 환자, 전도성 난청 및 혼합형 난청

환자

라. 시술방법

- 외이도를 통해 내시경을 삽입하여 병변을 관찰하며 수술을 수행함

678. 클립을 사용한 경피적 경도관 승모판재건술 <2020. 8. 21. 개정>

- 가. 기술명
- 한글명 : 클립을 사용한 경피적 경도관 승모판재건술
 - 영문명 : Percutaneous Transcatheter Mitral Valve Repair with clip
- 나. 사용목적
- 퇴행성, 이차성(기능성) 승모판 폐쇄부전증 치료
- 다. 사용대상
- 퇴행성, 이차성(기능성) 승모판 폐쇄부전증 환자 중 수술이 불가능하거나, 수술 고위험군인 환자
- 라. 시술방법
- 전신마취 하에 대퇴정맥을 통해 가이드 카테터를 삽입한 후, 클립전달시스템을 사용하여 손상된 승모판을 재건함

720. 담관협착을 동반한 담관종양 고주파 열치료술

- 가. 기술명
- 한글명 : 담관협착을 동반한 담관종양 고주파 열치료술
 - 영문명 : Radiofrequency Ablation for Biliary Tumor with Bile Duct Stricture
- 나. 사용목적
- 담관협착에 의한 증상 완화
- 다. 사용대상
- 수술 불가능한 악성 담관종양으로 인한 담관협착 환자
- 라. 시술방법
- 내시경 또는 영상의학적 검사 유도 하 고주파 전극을 담관종양 내에 위치시키고 전기를 흘려주어 담관 내 종양에 열손상을 가하여 종양 세포를 괴사시키고 스텐트를 삽입함

785. 복강경 보조하 경향문 접근 직장 및 에스장 절제술

- 가. 기술명
- 한글명 : 복강경 보조하 경향문 접근 직장 및 에스장 절제술
 - 영문명 : Rectal and Sigmoid Resection Using Laparoscopic Assisted TaME(Transanal Total Mesorectal Excision)
- 나. 사용목적

- 직장 악성종양 제거를 위한 직장 및 에스장 절제
- 다. 사용대상
 - 종양의 원위부 기준 항문연 상방 15 cm 이하의 직장 악성종양 환자
- 라. 시술방법
 - 복강경으로 복강 내 주요 혈관의 결찰 및 에스장과 하행결장 박리하고, 항문을 통해 복강경 수술 기구를 삽입하여 하부 직장 박리함

【별표10】

특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료 분류표

약관에 규정하는 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」 중 「기술번호」는 보건복지부가 고시하는 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 해당하는 다음의 의료행위를 말합니다.

【신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(별표1)】

99. 열풍선을 이용한 자궁내막소작술

가. 기술명

- 한글명 : 열풍선을 이용한 자궁내막소작술
- 영문명 : Endometrial Ablation with Thermal balloon

나. 사용목적

- 자궁출혈의 지혈

다. 사용대상

- 내과적 치료로 관리되지 않는 과다월경 또는 비정상 자궁출혈 환자(단, 향후 임신계획이 없는 여성)

라. 시술방법

- 시술 전 탐침을 이용하여 환자의 자궁 크기를 측정 후 자궁경부를 통하여 자궁강 내에 풍선도관을 삽입함. 열균수를 이용하여 열풍선을 자궁의 크기에 맞게 팽창시킨 후 적정온도(78~87℃)까지 가열하여 8~10분간 자궁내막을 소작함

707. 전동식세절기를 이용한 자궁경하 자궁근종 절제술

가. 기술명

- 한글명 : 전동식세절기를 이용한 자궁경하 자궁근종절제술
- 영문명 : Hysteroscopic Myomectomy using Morcellator

나. 사용목적

- 자궁근종 제거

다. 사용대상

- 자궁근종 환자

라. 시술방법

- 자궁경하에서 전동식세절기를 이용하여 자궁근종을 절제하고 흡입함

770. 초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방양성병변 절제술

가. 기술명

- 한글명 : 초음파유도하 진공보조장치를 이용

한 유방 양성병변 절제술

- 영문명 : Ultrasound-guided Vacuum Assisted Breast Benign Lesion Excision

나. 사용목적

- 유방 양성병변의 치료를 위한 절제

다. 사용대상

- 유방 양성병변 환자

라. 시술방법

- 초음파유도하 진공보조장치를 이용하여 병변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침 내로 병변을 흡인하며 절제함

【별표11】

유방암 분류표

1. 약관에 규정하는 유방암으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)가 유방으로 전이되어 C79.80(유방의 이차성 악성 신생물)으로 진단된 경우에도 C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】

특정표적항암제 및 특정면역항암제
해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 「특정표적항암제」 및 「특정면역항암제」 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 「특정표적항암제」 및 「특정면역항암제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템

(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과の内容을 통해 확인하실 수 있습니다.

【특정표적항암제】

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 afibercept	잘트랩주25mg/ml(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알렉센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙) 인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조미브 bortezomib	벨조임주1밀리그램(보르테조미브합제) 벨조임주3.5밀리그램(보르테조미브합제) 벨케이드주(보르테조미브합제) 벨린주2.5밀리그램(보르테조미브합제) 벨린주3.5밀리그램(보르테조미브합제) 보테벨주3.5밀리그램(보르테조미브합제) 데조민주2.5밀리그램(보르테조미브합제) 데조민주3.5밀리그램(보르테조미브합제) 데조벨주(보르테조미브합제) 프로테조임주(보르테조미브합제) 프로테조임주2.5밀리그램(보르테조미브합제) 화이자보르테조임주3.5mg(보르테조미브일수화물)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메텍스정20밀리그램(카보잔티닙) 카보메텍스정40밀리그램(카보잔티닙) 카보메텍스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조미브 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조미브) 키프롤리스주60밀리그램(카르필조미브)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	크리조티닙 crizotinib	절코리캡슐200밀리그램(크리조티닙) 절코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
10	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염) 라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
11	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정20밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정50밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정70밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
12	엘로티닙염산염 erlotinib	엘로세타정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로세타정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로립정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용) 엘로립정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정25밀리그램(엘로티닙염산염) 타세완정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타세완정150밀리그램(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
13	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스) 아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스) 아피니토정5밀리그램(에베로리무스) 에리니토정10mg(에베로리무스) 에리니토정5밀리그램(에베로리무스)(5mg/1정) 에베로조정 10밀리그램 에베로조정 2.5밀리그램 에베로조정 5밀리그램
14	게피티닙 gefitinib	레피사정(게피티닙) 스펙사정250밀리그램(게피티닙) 이레사정(게피티닙) 이레티닙정250밀리그램(게피티닙) 이레피논정(게피티닙) 제피티닙정(게피티닙)
15	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
16	이매티닙메실산염 imatinib	글로티정400밀리그램(이매티닙메실산염) 클리납정100밀리그램(이매티닙메실산염) 클리납정200밀리그램(이매티닙메실산염) 클리납정400밀리그램(이매티닙메실산염) 클리마정100밀리그램(이매티닙메실산염) 클리마정200밀리그램(이매티닙메실산염) 클리마정400밀리그램(이매티닙메실산염) 클리베허트코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 클리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염) 클리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염) 클리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염) 클리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 클리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염) 클리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염) 루기백필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 루기백필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염) 루기백필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염) 류코백정100밀리그램(이매티닙메실산염) 류코백정400밀리그램(이매티닙메실산염) 유니팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 이매팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 이매팅정400밀리그램(이매티닙메실산염) 제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염) 제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염) 케어백정100밀리그램(이매티닙메실산염) 케어백정400밀리그램(이매티닙메실산염)
17	익사조미브 ixazomib	니라로캡슐2.3밀리그램(익사조미브시트레이트) 니라로캡슐3밀리그램(익사조미브시트레이트) 니라로캡슐4밀리그램(익사조미브시트레이트)
18	라파티닙 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
19	렌비타닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌비타닙메실산염) 렌비마캡슐4밀리그램(렌비타닙메실산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
20	닐로티닙 염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물) 타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
21	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립) 린파자정 100밀리그램(올라파립) 린파자정 150밀리그램(올라파립)
22	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염) 타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
23	팔보시클림 palbociclib	임랜스캡슐100mg(팔보시클림) 임랜스캡슐125mg(팔보시클림) 임랜스캡슐75mg(팔보시클림)
24	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염) 보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
25	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염) 아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
26	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염) 슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
27	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
28	록소리티닙 인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(록소리티닙인산염) 자카비정 10밀리그램(록소리티닙인산염) 자카비정15밀리그램(록소리티닙인산염) 자카비정20밀리그램(록소리티닙인산염)
29	소라페닙토실레이트 (미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램 (소라페닙토실레이트(미분화))
30	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
31	템시롤리우스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리우스)
32	트라마티닙 디메틸설펙시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라마티닙디메틸설펙시드) 매큐셀정2밀리그램(트라마티닙디메틸설펙시드)
33	반데타닙 vandetanib	카프셀사정100밀리그램(반데타닙) 카프셀사정300밀리그램(반데타닙)
34	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
35	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐10mg(레날리도마이드) 레날도캡슐15mg(레날리도마이드) 레날도캡슐20mg(레날리도마이드) 레날도캡슐25mg(레날리도마이드) 레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드) 레날리드정(레날리도마이드) 레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
36	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
37	브리가티닙 brigatinib	알론브릭정30밀리그램(브리가티닙) 알론브릭정90밀리그램(브리가티닙) 알론브릭정180밀리그램(브리가티닙)
38	미도스타우린 midostaurin	라이담연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
39	니라파립 도실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립도실산염일수화물)
40	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
41	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넛주150밀리그램(트라스투주맙) 허셉틴주150밀리그램(트라스투주맙) (단클론항체, 유전자재조합) 허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙) 허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙) 허쥬마주150mg(트라스투주맙) (단클론항체, 유전자재조합) 허쥬마주440mg(트라스투주맙) (단클론항체, 유전자재조합)
42	오비누투주맙 obintuzumab	가짜이바주(오비누투주맙, 유전자재조합)
43	실룩시맙 situximab	실반트주100밀리그램(실룩시맙, 유전자재조합) 실반트주400밀리그램(실룩시맙, 유전자재조합)
44	세룩시맙 cetuximab	엘비톡스주5mg/mL(세룩시맙)
45	블리나투모맙 blinatumomab	블리나투주35마이크로그램 (블리나투모맙, 유전자재조합)
46	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙) 온베브지주(베바시주맙) 자이리베브주(베바시주맙)
47	리룩시맙 rituximab	맵테라주(리룩시맙)(단클론항체, 유전자재조합) 맵테라피하주사(리룩시맙)(유전자재조합) 트룩시마주(리룩시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
48	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터 (라무시루맙, 유전자재조합)
49	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
50	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램 탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드) 탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드) 탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드) 탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
51	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
52	아베마시클림 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클림) 버제니오정100밀리그램(아베마시클림) 버제니오정150밀리그램(아베마시클림) 버제니오정200밀리그램(아베마시클림)
53	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
54	길테리티닙푸마르산염 gilteritinib	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
55	다코미티닙 daclitinib hydrate	비점프로정15밀리그램(다코미티닙수화물) 비점프로정45그램(다코미티닙수화물) 비점프로정300밀리그램(다코미티닙수화물)
56	리보시클림 ribociclib	키스칼리정 200밀리그램(리보시클림속신산염)
57	엔트렉티닙 entrectinib	로줄리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙) 로줄리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
58	라로트렉티닙 larotrectinib	비트락비액(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염)
59	레이저티닙 Lazertinib	렉라자정80밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
60	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐75밀리그램(엔코라페닙)
61	이사록시맙 Isatuximab	살글리사주(이사록시맙)
62	탈라조파립 Talizoparib	탈제나캡슐1mg 탈제나캡슐0.25mg
63	로라티닙 Lorlatinib	로비큐아정25mg 로비큐아정100mg
64	아미반타맙 Amivantamab 350mg	리브리반트주
65	소토라심 Sotorasib	루마크라스정120mg
66	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
67	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐80밀리그램(자누브루티닙)
68	테포티닙염산수화물 Tepotinib Hydrochloride Hydrate	테메코정225밀리그램(테포티닙염산수화물)
69	프랄세티닙분무건조 분산제 Pralsetinib Spray Dried Dispersion	가브레토캡슐100밀리그램(프랄세티닙)
70	셀퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐40밀리그램(셀퍼카티닙) 레테브모캡슐80밀리그램(셀퍼카티닙)
71	애시미닙염산염 Asciminib Hydrochloride	셀블릭스정20밀리그램(애시미닙염산염) 셀블릭스정40밀리그램(애시미닙염산염)
72	카프마티닙염산염일 수화물 Capmatinib Hydrochloride Monohydrate	타브렉타정150밀리그램(카프마티닙염산염일수화물) 타브렉타정200밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
73	퍼투주맵/트라스투주 맵 Pertuzumab/Trastu- zumab	페스코피하주사1200/600밀리그램(퍼투주맵/트라스투주맵) 페스코피하주사600/600밀리그램(퍼투주맵/트라스투주맵)
74	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib Hydrochloride	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산염)

[특정면역항암제]

작용 기전 분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
면역 관련 억제제	아테졸리주맵 atezolizumab	티센트릭주(아테졸리주맵)
	니볼루맵 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맵, 유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맵, 유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맵, 유전자재조합)
	팜브롤리주맵 pembrolizumab	키트루다주(팜브롤리주맵, 유전자재조합)
	이필리무맵 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맵, 유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맵, 유전자재조합)
항체 약물 중합체 항암 치료제	더발루맵 durvalumab	임핀지주(2.4mL)(더발루맵)
		임핀지주(10mL)(더발루맵)
	아벨루맵 avelumab	바벤시오주(아벨루맵)
	트라스투주맵엠탄 신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램 (트라스투주맵엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램 (트라스투주맵엠탄신)
	브렌독시맵베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌독시맵베도틴)
	이노투주맵오조가 마이신 inotuzumab ozogamicin	베스폰사주(이노투주맵오조가마이신)
카티 항암 치료제	겜투주맵오조가마 이신 gemtuzumab ozogamicin	마일로탁주4.5mg
	폴라투주맵베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주
카티 항암 치료제	티사젠렉류셀 tisagenlecleucel	키리아주(티사젠렉류셀)

3. 성분명은 「효능효과」를 발생시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

4. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.

5. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「특정표적항암제」 및 「특정면역항암제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

가나다순 특별약관 색인

<기호 및 숫자>

갱신형 16대특정암진단비보장 특별약관	120
갱신형 5대고액치료비암진단비보장 특별약관	122
갱신형 4대양성종양진단비보장 특별약관	195
갱신형 26종 항암방사선및약물치료비(전이포함)(유사암제외)보장 특별약관	505

<ㄱ>

갱신형 갑상선암(초기제외)진단비보장 특별약관	108
갱신형 갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비보장 특별약관	110
갱신형 계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)보장 특별약관	139
갱신형 계속받는 통합항암방사선약물치료비(연간 최대8회한)보장 특별약관	268
갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관	460
갱신형 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선약물치료비보장 특별약관	510
갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)보장 특별약관	726
갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)보장 특별약관	742
갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관	748
갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅲ(연간1회한)(비급여)보장 특별약관	770

<ㄴ>

갱신형 뇌정위적방사선수술비(급여,연간1회한)보장 특별약관	685

<ㄷ>

갱신형 대장용종제거수술비(급여, 용종 개수당)보장 특별약관	231
갱신형 다빈치로봇 암수술비보장 특별약관	735

<ㄹ>

갱신형 매월 계속암치료비보장 특별약관	124
갱신형 말기암호스피스완화치료(입원형및가정형)보장 특별약관	186
갱신형 만성간염(B,C형)진단비보장 특별약관	213
갱신형 말기간경화진단비보장 특별약관	217
갱신형 말기신부전증진단비보장 특별약관	218
갱신형 말기폐질환진단비보장 특별약관	219
갱신형 민사소송법률비용보장 특별약관	528

<ㅁ>

갱신형 보험료납입지원(유사암진단)(2종)보장 특별약관	233
갱신형 비급여 암 주요치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장 특별약관	360
갱신형 비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장 특별약관	366

갱신형 보험료납입지원(유사암진단)(3종)보장 특별약관	375
보험료 자동납입 특별약관	629

<ㄱ>

갱신형 상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장 특별약관	277
갱신형 상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장 특별약관	288
갱신형 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장 특별약관	334
갱신형 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)보장 특별약관	347
사망보험금 양육연금전환 특별약관	629

<ㅇ>

갱신형 암종별(30종)통합암진단비(유사암제외) 보장	80
갱신형 암종별(30종)통합암진단비(전이포함)(유사암제외) 보장	84
갱신형 일반상해사망보장 특별약관	93
갱신형 일반상해80%이상후유장해보장 특별약관	96
갱신형 유사암진단비보장 특별약관	101
갱신형 유사암진단비Ⅱ 보장 특별약관	103
갱신형 암수술비(유사암제외)보장 특별약관	129
갱신형 암수술비(유사암제외)(25%체증형)보장 특별약관	131
갱신형 유사암수술비보장 특별약관	135
갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관	142
갱신형 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장 특별약관	146
갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)보장 특별약관	160
갱신형 암직접치료통원일당(상급종합병원)보장 특별약관	168
갱신형 암특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간20회한)보장 특별약관	171
갱신형 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	174
갱신형 암진단후생식세포동결보존비(최초1회한)보장 특별약관	192
갱신형 유방절제후림프부종증후군진단비보장 특별약관	212
갱신형 유사암수술비(25%체증형)보장 특별약관	228
갱신형 암(유사암제외)직접치료 통원일당(상급종합병원, 연간10회한)보장 특별약관	238
갱신형 암(유사암제외)직접치료 통원일당(상급종합병원, 연간5회한)보장 특별약관	241
갱신형 유사암직접치료 통원일당(상급종합병원, 연간5회한)보장 특별약관	244
갱신형 암(유사암제외)직접치료 통원일당(요양병원제외, 연간10회한)보장 특별약관	247
갱신형 암(유사암제외)직접치료 통원일당(요양병원제외, 연간5회한)보장 특별약관	249
갱신형 유사암직접치료 통원일당(요양병원제외, 연간5회한)보장 특별약관	252
갱신형 암 주요치료비(연간1회한, 5년간)보장 특별약관	254
갱신형 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장 특별약관	299
갱신형 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함))보장 특별약관	380
갱신형 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장 특별약관	389

갱신형 암 통합치료비(기본형)보장 특별약관	399
갱신형 암 통합치료비(실속형)보장 특별약관	416
갱신형 암 통합치료비(기본형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장 특별약관	425
갱신형 암 통합치료비(실속형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장 특별약관	443
갱신형 암 통합치료비 II (비급여(전액본인부담 포함))보장 특별약관	464
갱신형 암 통합치료비 II (비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함)) 보장 특별약관	476
갱신형 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함))보장 특별약관	490
갱신형 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장 특별약관	497
갱신형 암 통합치료 생활비(연간 통합치료 2회이상)보장 특별약관	512
갱신형 원격전이포함 4기 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관	517
갱신형 원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비보장 특별약관	522
이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관	636
갱신형 암 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	680
갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	682
갱신형 암 내시경검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	687
갱신형 암 특정생검조직병리검사비 II (급여,연간1회한)보장 특별약관	689
갱신형 암 CT촬영검사비(급여,연간1회한)보장 특별약관	691
갱신형 암 초음파검사비(급여,연간1회한)보장 특별약관	693
갱신형 암 특정단일유전자검사비(급여,연간1회한)보장 특별약관	694
갱신형 유방암 유방재건수술비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	762

<ㅈ>

갱신형 질병사망보장 특별약관	99
갱신형 질병80%이상후유장해보장 특별약관	100
갱신형 중증갑상선암진단비보장 특별약관	106
갱신형 재진단암진단비(5년대기형,기타피부암,갑상선암및전립선암포함)보장 특별약관	112
갱신형 재진단암진단비(2년대기형)보장 특별약관	116
갱신형 종합병원 암직접치료입원일당(1일이상 365일한도)보장 특별약관	156
갱신형 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상 진단비보장 특별약관	163
갱신형 종합병원 암직접치료 낮병동입원일당(급여, 1일1회한, 연간20일한도)보장 특별약관	220
갱신형 재발암 및 잔여암진단비(2년대기형)(최초1회한)보장 특별약관	224
갱신형 재진단암진단비(5회한,1년대기형,기타피부암,갑상선암및전립선암포함)보장 특별약관	272
갱신형 자궁경부원추형절제술치료비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	524
갱신형 장루(인공항문)조성및폐쇄수술비(급여)보장 특별약관	527
지정대리청구서비스 특별약관	631
장애인전용보험전환 특별약관	633
전자서명 특별약관	638
갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-3종, 연간1회한)보장 특별약관	753

갱신형 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비(1~4종, 연간1회환)보장 특별약관	757

<ㄱ>

갱신형 최대두배받는암치료비(유사암포함, 포인트적립형)보장 특별약관	205
갱신형 체외충격파쇄석술치료비(급여, 연간1회환)보장 특별약관	751

<ㅋ>

갱신형 크론병및궤양성대장염진단비보장 특별약관	215

<ㄴ>

갱신형 특정 암, 간및폐질환치료비보장 특별약관	177
갱신형 특정중등도이상자궁경부이형성증진단비보장 특별약관	199
갱신형 특정천공진단비보장 특별약관	216
갱신형 통합전이암진단비보장 특별약관	235
갱신형 통합항암방사선약물치료비(최대8회환)보장 특별약관	263
갱신형 통합암 주요치료비(연간1회환, 10년간)보장 특별약관	309
갱신형 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회환, 10년간)보장 특별약관	321
갱신형 특정항암부작용약제치료비(급여, 연간1회환)보장 특별약관	372
갱신형 특정호르몬약물허가치료비보장 특별약관	454
특별조건부(할증보험료법) 특별약관	632
특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관	639
갱신형 특정NGS유전자패널검사비(급여, 연간1회환)보장 특별약관	679
갱신형 특정질환3대치료비보장 특별약관	738
갱신형 특정면역항암약물허가치료비보장 특별약관	744

<ㄷ>

갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종)(급여, 연간1회환)보장 특별약관	684
갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅱ보장 특별약관	723
갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅲ(비급여)보장 특별약관	765

<ㄹ>

갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관	137
갱신형 항암방사선치료후 9대합병증진단비보장 특별약관	188
갱신형 항암방사선약물치료 후 5대합병증진단비보장 특별약관	201
갱신형 항암중입자방사선치료비보장 특별약관	377
갱신형 항암양성자방사선치료비보장 특별약관	730
갱신형 항암세기조절방사선치료비보장 특별약관	732

meritz 메리츠화재

메리츠화재 고객센터



1566-7711

보험가입 / 보험료산출 / 계약조회 / 계약변경 / 제지금금안내 / 제증명서발급 / 사고접수
사고상당 / 사고조회 / 대출상당 / 이자납입안내 / 대출만기안내