

약관 | 현대해상두배받는암보험

무배당 | 연만기갱신형 | Hi2607

3종

Contents

- I. 약관 이용 가이드북
 - II. 시각화된 약관 요약서
 - III. 상품 안내
 - IV. 보통약관
 - V. 특별약관
 - VI. 별표
-

본 약관은 관계 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

 현대해상

주요 목차

I. 약관 이용 가이드북	11
1. QR코드로 편리하게 안내 받기	11
2. 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기	12
II. 시각화된 약관 요약서	13
1. 보험계약의 개요	14
2. 반드시 알아두어야 할 유의사항	16
3. 보험계약 이해를 위한 주요 일반사항	18
4. 보험금 청구 및 지급절차 안내	21
5. 보험금 청구시 구비서류 안내	22
6. 자주 발생하는 민원 예시	25
7. 보험용어 해설	27
III. 상품안내	29
IV. 보통약관	50
V. 특별약관	72
VI. 별표	362
< 참고 > 인용 법·규정	399

약관이용꿀팁

- ❑ QR코드로 약관해설/보험금지급절차/전국지점 쉽게 안내받으세요~ → 11P
- ❑ 약관 가장 뒷면에서 가나다순 특약 색인으로 특약을 쉽게 찾으실 수 있습니다!
- ❑ 약관조항이 컬러화되거나 진하게 된 경우 주요 내용이므로 주의 깊게



※ 가입하신 계약관련 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.hi.co.kr) 또는 고객센터 1588-5656를 통해 더욱 편리하게 문의하실 수 있습니다.

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

보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의	52
제1조 (목적)	52
제2조 (용어의 정의)	52

제2관 보험금의 지급	53
제3조 (보험금의 지급사유)	53
제3조의2 (보험료 납입면제)	53
제4조 (암 등의 정의 및 진단확정)	53
제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)	54
제5조의2 (납입면제에 관한 세부규정)	55
제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)	55
제7조 (보험금 지급사유 등의 통지)	55
제8조 (보험금 등의 청구)	55
제9조 (보험금 등의 지급절차)	55
제10조 (중도인출금)	56
제11조 (공시이율의 적용 및 공시)	56
제12조 (만기환급금의 지급)	57
제13조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)	57
제14조 (보험금 받는 방법의 변경)	57
제15조 (주소변경통지)	57
제16조 (보험수익자의 지정)	58
제17조 (대표자의 지정)	58

제3관 계약자의 계약전 알릴 의무 등	58
제18조 (계약전 알릴 의무)	58
제19조 (상해보험 계약 후 알릴 의무)	58
제20조 (알릴 의무 위반의 효과)	59
제21조 (사기에 의한 계약)	60

제4관 계약의 성립과 유지	60
제22조 (계약의 성립)	60
제23조 (피보험자의 범위)	60
제24조 (청약의 철회)	61
제25조 (약관교부 및 설명의무 등)	61
제26조 (계약의 무효)	62

제27조 (계약내용의 변경 등)	62
제28조 (보험나이 등)	63
제29조 (계약의 소멸)	63
제30조 (계약의 자동갱신)	63

제5관 보험료의 납입	64
제31조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	64
제32조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	64
제33조 (제2회 이후 보험료의 납입)	64
제34조 (보험료의 자동대출납입)	65
제35조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	65
제36조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	65
제37조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	66

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	66
제38조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	66
제38조의2 (위법계약의 해지)	66
제39조 (중대사유로 인한 해지)	67
제40조 (회사의 파산선고와 해지)	67
제41조 (해약환급금)	67
제42조 (보험계약대출)	67
제43조 (배당금의 지급)	67

제7관 분쟁의 조정 등	67
제44조 (분쟁의 조정)	67
제45조 (관할법원)	68
제46조 (소멸시효)	68
제47조 (약관의 해석)	68
제48조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	68
제49조 (회사의 손해배상책임)	68
제50조 (개인정보보호)	68
제51조 (준거법)	68
제52조 (예금보험에 의한 지급보장)	68

[부표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	70

특별약관

1. 질병관련 특별약관 74

1-1 암진단Ⅱ(일반암)(갱신형)보장 특별약관	74
1-2 암진단Ⅱ(소액암)(갱신형)보장 특별약관	75
1-3 유사암진단Ⅱ(갱신형)보장 특별약관	77
1-4 전이암진단(최초1회한)(갱신형)보장 특별약관	79
1-5 특정암진단(갱신형)보장 특별약관	81
1-6 남성생식기암진단(갱신형)보장 특별약관	83
1-7 여성특정암진단(갱신형)보장 특별약관	84
1-8 중증갑상선암진단(갱신형)보장 특별약관	86
1-9 재진단암진단Ⅱ(갱신형)보장 특별약관	88
1-10 재진단암진단(기타피부암및갑상선암)(갱신형)보장 특별약관	92
1-11 중증질환자(신규암)산정특례대상(갱신형)보장 특별약관	96
1-12 중증질환자(중복암및재등특암)산정특례대상(갱신형)보장 특별약관	99
1-13 암주요치료비Ⅱ(연간1회한, 진단후5년)(갱신형)보장 특별약관	103
1-14 암주요치료비Ⅱ(연간1회한, 진단후10년)(갱신형)보장 특별약관	110
1-15 암주요치료비Ⅱ(상급종합병원(국립암센터포함))(연간1회한, 진단후10년)(갱신형)보장 특별약관	116
1-16 암주요치료비Ⅲ(유사암제외)(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관	124
1-17 암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(유사암제외)(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관	136
1-18 유사암주요치료비Ⅲ(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관	149
1-19 유사암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(연간1회한)(갱신형)보장 특별	

약관	159
1-20 암주요치료비Ⅳ(치료당, 진단후10년)(갱신형)보장 특별약관	171
1-21 항암약물치료(갱신형)보장 특별약관	178
1-22 항암방사선치료(갱신형)보장 특별약관	180
1-23 표적항암약물허가치료(갱신형)특별약관	182
1-24 항암호르몬약물허가치료(갱신형)보장 특별약관	186
1-25 항암방사선(양성자)치료(갱신형)보장 특별약관	190
1-26 항암방사선(세기조절)치료(갱신형)보장 특별약관	193
1-27 항암방사선(주요방사성의약품)치료(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관	195
1-28 항암방사선(중입자)치료(갱신형)보장 특별약관	199
1-29 전이암항암약물치료(갱신형)보장 특별약관	202
1-30 전이암항암방사선치료(갱신형)보장 특별약관	203
1-31 전이암표적항암약물허가치료(갱신형)보장 특별약관	205
1-32 전이암항암호르몬약물허가치료(갱신형)보장 특별약관	208
1-33 전이암항암방사선(양성자)치료(갱신형)보장 특별약관	212
1-34 전이암항암방사선(세기조절)치료(갱신형)보장 특별약관	213
1-35 암수술(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)보장 특별약관	215
1-36 항암약물치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)보장 특별약관	218
1-37 항암방사선치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)보장 특별약관	220
1-38 표적항암약물허가치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)보장 특별약관	223
1-39 항암호르몬약물허가치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	227
1-40 항암방사선(세기조절)치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)보장 특별약관	

.....	232
1-41 전이암항암약물치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	234
1-42 전이암항암방사선치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	236
1-43 전이암표적항암약물허가치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	238
1-44 전이암항암호르몬약물허가치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	242
1-45 전이암항암방사선(양성자)치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	246
1-46 전이암항암방사선(세기조절)치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	247
1-47 카티(CAR-T)항암약물허가치료(연간1회환)(갱신형)보장 특별약관	249
1-48 갑상선암수술후호르몬약물치료(갱신형)보장 특별약관	253
1-49 암수술(갱신형)보장 특별약관	255
1-50 전이암수술(갱신형)보장 특별약관	257
1-51 다빈치로봇암수술(최초1회환)(갱신형)보장 특별약관	259
1-52 로봇암수술(다빈치및레보아이)(최초1회환)(갱신형)보장 특별약관	262
1-53 로봇암수술(다빈치및레보아이)(연간1회환)(갱신형)보장 특별약관	266
1-54 유방주요치료비(갱신형)보장 특별약관	269
1-55 암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(갱신형)보장 특별약관	276
1-56 요양병원암입원일당(1-90일)(갱신형)보장 특별약관	278
1-57 전이암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(갱신형)보장 특별약관	281
1-58 전이암요양병원입원일당(1-90일)(갱신형)보장 특별약관	283
1-59 암직접치료통원일당(종합병원)(갱신형)보장 특별약관	285
1-60 암직접치료통원일당(상급종합병원)(갱신형)보장 특별약관	288
1-61 특정NGS유전자패널검사(연간1회환,급여)(갱신형)보장 특별약관	290
1-62 특정생검조직병리검사(연간1회환,급여)(갱신형)보장 특별약관	293
1-63 암MRI촬영검사(연간1회환,급여)(갱신형)보장 특별약관	294
1-64 암특정재활치료(1일1회,연간10회환,급여)(갱신형)보장 특별약관	296

1-65 암특정통증완화치료(연간1회환,급여)(갱신형)보장 특별약관	299
1-66 갑상선항진증치료(최초1회환)(갱신형)보장 특별약관	302
1-67 말기암호스피스통증완화치료(입원형,가정형,최초1회환)(갱신형)보장 특별약관	303
1-68 위·십이지장·대장양성종양(폴립포함)진단(연간1회환)(갱신형)보장 특별약관	306
1-69 뇌혈관질환진단(갱신형)보장 특별약관	307
1-70 허혈심장질환진단(갱신형)보장 특별약관	308
1-71 특정바이러스질환진단(최초1회환)(갱신형)보장 특별약관	308
1-72 질병수술(갱신형)보장 특별약관	309
1-73 뇌경위적방사선수술(연간1회환,급여)(갱신형)보장 특별약관	311
1-74 심뇌혈관질환수술(갱신형)보장 특별약관	312
1-75 6대기관양성종양(폴립포함)수술(연간1회환,급여)(갱신형)보장 특별약관	313
1-76 질병입원일당(1-180일,종합병원)(갱신형)보장 특별약관	315
1-77 질병입원일당(1-180일,중환자실)(갱신형)보장 특별약관	317
1-78 질병입원일당(1-30일,종합병원,1인실)(갱신형)보장 특별약관	318
1-79 질병입원일당(1-30일,상급종합병원,1인실)(갱신형)보장 특별약관	320
1-80 질병사망(갱신형)보장 특별약관	322
1-81 암사망(갱신형)보장 특별약관	322
1-82 질병후유장해(80%이상)(갱신형)보장 특별약관	324
1-83 보형료납입면제대상(갱신형)보장 특별약관	325
1-84 표적항암약물허가치료(치료당,진단후10년)(갱신형)보장 특별약관	326
1-85 항암방사선(양성자)치료(치료당,진단후10년)(갱신형)보장 특별약관	336
1-86 항암방사선(세기조절)치료(치료당,진단후10년)(갱신형)보장 특별약관	340

2. 상해 및 질병관련 특별약관 346

2-1 양전자방출단층촬영검사지원비(PET)(연간1회환,급여)(갱신형)보장 특별약관	346

2-2 응급실내원진료비(응급)(갱신형)보장 특별약관	347
3. 비용손해관련 특별약관	350
3-1 의료사고법률비용(갱신형)보장 특별약관	350
4. 기타 특별약관	352
4-1 사망보험금 선지급 제도특별약관	352
4-2 지정대리청구서비스 제도특별약관	353
4-3 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 제도특별약관	354
4-4 이륜자동차 운전중 상해 부담보 제도특별약관	356
4-5 보험료 자동납입 제도특별약관	357
4-6 특별조건부(활증보험료법) 제도특별약관	357
4-7 만기고객보험료할인 제도특별약관	358
4-8 전자서명 제도특별약관	358
4-9 장애인전용보험전환 제도특별약관	358

별표

[별표1] 장해분류표	301
[별표2] 악성신생물(암) 분류표	314
[별표3] 제자리신생물 분류표	315
[별표4] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	315
[별표5] 의료기관의 시설규격	316
[별표6] 특정암 분류표	317
[별표7] 뇌혈관질환 분류표	318
[별표8] 허혈심장질환 분류표	318
[별표9] 카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명	319
[별표10] 급여 바늘생검조직병리검사 대상 수가코드	319
[별표11] 비급여대상	320
[별표12] 유방암으로 인한 유방수술 분류표	322
[별표13] 남성생식기암 분류표	322
[별표14] 여성특정암 분류표	323
[별표15] 급여 뇌정위적방사선수술 대상 수가코드	323
[별표16] 심뇌혈관질환 분류표	324
[별표17] 특정바이러스질환 분류표	324
[별표18] 위·십이지장, 대장양성종양(폴립포함) 분류표	325
[별표19] 갑상선기능항진증 분류표	325
[별표20] 신경차단·파괴치료(급여) 대상 수가코드	326
[별표21] 6대기관 양성종양(폴립포함) 분류표	326
[별표22] 6대기관 양성종양(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드	327

[별표23] 항암호르몬약물허가치료제 분류표	328
[별표24] 특정부위 분류표	329
[별표25] 특정질병 분류표	330
[별표26] 급여 특정NGS유전자패널검사 대상 수가코드	330
[별표27] 급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 의료행위 분류표	332
[별표28] 중증질환자(암) 산정특례대상 분류표	332
[별표29] 중증질환자(암) 산정특례대상질병 분류표	333
[별표30] 주요방사성의약품 해당 성분명 및 의약품명 분류표	333
[별표31] 전이암 분류표	334
[별표32] 유방암 분류표	397
[별표33] 유방특정질환 분류표	398

현대해상 약관 이용 가이드



보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약에 대하여 계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리와 의무**를 규정하고 있습니다.

특히, **청약철회**, **계약취소**, **보험금 지급** 및 **제한사항** 등 **중요사항**에 대한 자세한 설명이 담겨 있으니 **반드시 확인**하시기 바랍니다.



한눈에 보는 현대해상 약관 구성

약관 이용 가이드

약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성**, **쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있는 **지침서**입니다.

시각화된 약관 요약서

다소 생소한 보험약관을 보다 쉽게 이해할 수 있도록 **계약 주요내용** 및 **유의사항** 등을 **시각적 방법**을 이용하여 **간단 요약한 약관**입니다.

상품안내

계약자의 편의 및 이해를 돕기 위해 가입하신 상품의 주요 내용만을 요약한 자료입니다. 자세한 사항은 반드시 약관 본문을 참고하시기 바랍니다.

보통약관 및 특별약관

- **보통약관** : 기본계약을 포함한 공통 사항을 정해놓은 기본 약관
- **특별약관** : 보통약관에서 정한 사항 외 선택 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

별표 및 인용 법·규정

약관 이해를 돕기 위한 **별표**, **관련 법규** 등을 안내한 자료입니다.



더 자세하고 알기 쉬운 설명을 위해 참고하세요!



【 유의사항 】

약관 해당 조항에 덧붙여 계약자가 유의하여 할 사항에 대해 안내해 드립니다.



【 용어해설 】

약관 내용과 관련된 어려운 법률·금융 용어를 쉽게 풀어 안내해 드립니다.



【 예시안내 】

도표, 그림, 계산법 활용 등의 예시를 통하여 쉽게 풀이하여 설명해 드립니다.



【 관련법규 】

약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세하게 안내해 드립니다.



QR코드로 편리하게 안내 받기

스마트폰으로 해당 **QR코드**를 **스캔**하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.



약관해설 영상



보험금 지급절차



전국 지점



약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기

※ 보통약관의 조항입니다.

1. 보험금 지급에 관해 알려주세요

제3조 (보험금의 지급사유)	53
제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)	54
제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)	55



2. 청약을 철회하고 싶어요

제24조 (청약의 철회)	61



3. 어떤 경우에 계약을 취소할 수 있나요?

제25조 (약관교부 및 설명의무 등)	61



4. 계약이 무효가 되는 경우는 어떤 때인가요?

제26조 (계약의 무효)	62



5. 계약 전 유의할 사항이 있나요?

제18조 (계약전 알릴 의무)	58



6. 계약 후 유의할 사항도 궁금해요

제20조 (알릴 의무 위반의 효과)	59



7. 보험료 납입이 연체 되었어요

제35조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	65



8. 계약을 부활시키고 싶어요

제36조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	65



9. 계약 해지와 해약환급금에 대해 알려주세요

제38조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	66
제41조 (해약환급금)	67



10. 긴급자금이 필요해요

제42조 (보험계약대출)	67



시각화된 약관 요약서

Contents

1. 보험계약의 개요
 2. 반드시 알아두어야 할 유의사항
 3. 보험계약 이해를 위한 주요 일반사항
 4. 보험금 청구 및 지급절차 안내
 5. 보험금 청구시 구비서류 안내
 6. 자주 발생하는 민원 예시
 7. 보험용어 해설
-

1. 보험계약의 개요



상품의 주요 특징



상품개요

무배당 현대해상두배받는암보험(Hi2607)은

첫 번째 발생하는 암진단보험금 뿐만 아니라 재발암, 전이암을 포함한 재진단암의 진단보험금을 보장받을 수 있는 암보험입니다.



상품구조

구 분		1종 (표준형)	2종 (해약환급금 미지급형 I)	3종 (연만기갱신형)
상품 형태		보장적립구분형	순수보장형	보장적립구분형
적용 이율	보장부분	2.7%		2.7%
	적립부분	보장성 공시이율 V (단, 최저보증이율은 0.3%)	해당없음	보장성 공시이율 V (단, 최저보증이율은 0.3%)
갱신운영 여부		일부특약 자동갱신		전담보 자동갱신 (보험료납입면제대상 보장 특약제외)



'상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 현대해상두배받는암보험	
1종	세만기형(표준형)
2종	세만기형(해약환급금 미지급형 I)
3종	연만기갱신형

무배당	계약자에게 배당을 지급하지 않는 상품입니다.
암보험	암과 관련된 보장을 받을 수 있는 상품입니다.
연만기 갱신형	보험계약 갱신 시 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있습니다.
세만기형	납입기간동안 동일한 보험료를 납부하며, 납입기간 종료 이후에도 만기까지 보장됩니다.
해약환급금 미지급형 I	보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고, 보험료 납입완료 후에는 1종(표준형) 해약환급금 대비 50%를 지급하는 상품입니다.

01 상품종류



보장성보험

02 해약환급금



해약환급금미지급형
<2종>

03 보험료 변경



비갱신형 <1종, 2종>
(일부특약 갱신)
갱신형 <3종>

04 예금자보호 제도



예금자보호
대상 상품

2. 반드시 알아두어야 할 유의사항

1. 보험금 지급제한사항

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

면책기간

면책기간

보험금 미지급

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

< 면책기간 적용 담보(예시) >

담보명	면책기간
암진단II(일반암)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
암사망(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
항암방사선치료(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외

※ 세부사항은 상품안내의 '2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항' 중 '나. 보험금 지급제한 사항'을 참조하시기 바랍니다.

감액지급

감액지급

50%
[1년 미만]

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

< 감액지급 적용 담보(예시) >

담보명	감액기간 및 비율
뇌혈관질환진단(갱신형)	가입 후 1년미만 가입금액 50%지급
표적항암약물허가치료(갱신형)	가입 후 1년미만 가입금액 50%지급

※ 세부사항은 상품안내의 '2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항' 중 '나. 보험금 지급제한 사항'을 참조하시기 바랍니다.

보장한도

보장한도

최초1회한, 입원일 한도

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

< 보장한도 적용 담보(예시) >

담보명	감액기간 및 비율
뇌혈관질환진단(갱신형)	최초1회에 한하여 보장
질병입원일당(1~180일, 종합병원)(갱신형)	1일째 입원일부터 180일 한도로 보장

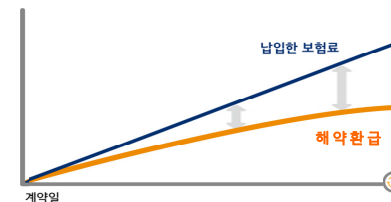
※ 세부사항은 상품안내의 '2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항' 중 '가. 보험금 지급사유 및 지급금액'을 참조하시기 바랍니다.

2. 해약환급금에 관한 사항

해약환급금

有

<함계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 **해약환급금**을 지급하며, 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.



3. 갱신시 보험료 인상 가능성

보험료갱신형



이 보험에는 **갱신시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.
갱신형 계약은 **갱신할 때마다** 연령의 증가, 위험을 변동 등으로 **보험료가 인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

< 갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약 >

표적항암물허가치료(갱신형) 등 담보명에 **‘(갱신형)’** 이 포함된 보장 계약

4. 실손보상형 담보

실손형 담보 [중복가입 부적절]

비례
보상

이 보험에는 **실제 발생한 손해를 보상(실손보상)**하는 담보가 있습니다.
동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 **중복 가입**하더라도 **실제 발생한 손해(비용)을 초과하여 보험금을 지급하지 않으므로** 불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의하시기 바랍니다. (중복 가입시 비례 보상)

< 실손보상형 담보(예시) >

의료사고법률비용(갱신형)

※ 세부사항은 상품안내의 ‘2.보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항’ 중 ‘가. 보험금 지급사유 및 지급금액’을 참조하시기 바랍니다.

5. 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험

보장성보험 [사망,상해,질병 등]



- ① 이 보험은 암보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
- ② 만기 또는 중도해지시 납입한 보험료보다 환급금이 적거나 없을 수 있습니다.

금리연동형 보험

금리연동형 [적용금리 변동]



- ① 적립부분 적용이율이란 **계약자적립액 산출**에 적용되는 이율로 **매월 변동**됩니다.
- ② 적립부분 적용이율은 보험계약자가 납입한 보험료에서 계약체결유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.
- ③ 이 보험의 **최저보증이율***은 **연단위 복리 0.3%**입니다.
* 회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도 적용이율

예금자보호제도에 관한 사항

예금자보호



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, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

3. 보험계약 이해를 위한 주요 일반사항

1. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 제1회 보험료를 돌려드립니다.

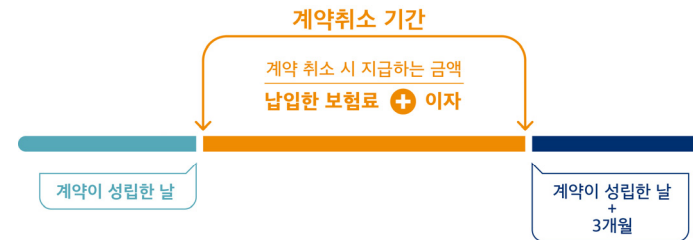
다만, 아래의 경우 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약
2. 청약을 한 날부터 30일(다만, 만65세이상의 계약자가 전화를 통해 체결한 계약은 45일)을 초과한 계약



2. 계약취소

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



3. 계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급 사유로 한 계약의 경우
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

4. 계약전 알릴 의무 및 위반시 효과

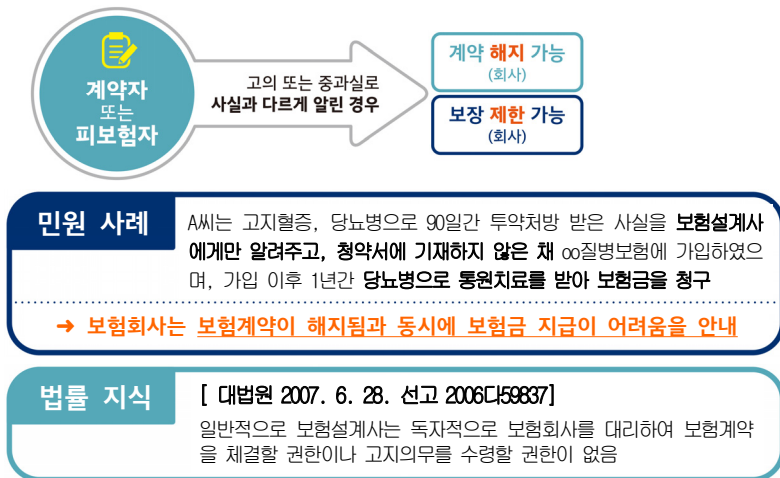
보험계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.

단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.



※ 알릴의무 위반시 효과

회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.



5. 계약후 알릴 의무 및 위반시 효과

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

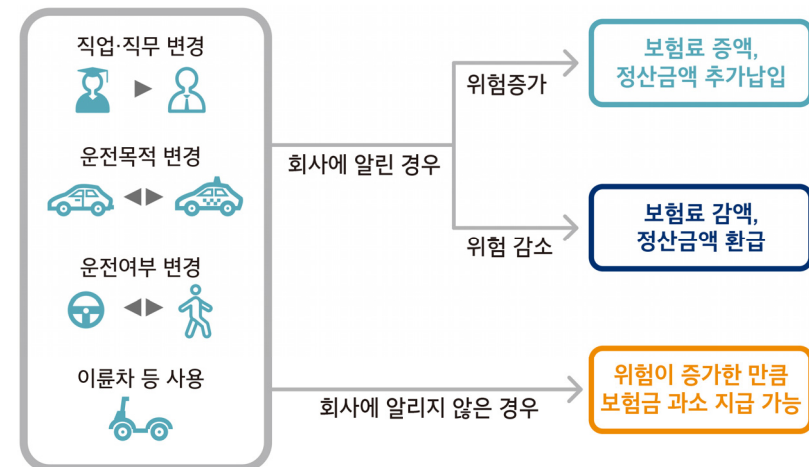
- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.) 등 중요한 사항을 변경하는 경우

※ 알릴의무 위반시 효과

회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 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.



6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 14일(보험기간이 1년 미만일 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.



7. 해지 계약의 부활(효력회복)

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



8. 보험계약대출

계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다. 그러나 상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있으며, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

< 환급금 내역서(예시) >

해약환급금	대출금액			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000 만원	500 만원	5 만원	505 만원	495 만원

해약환급금
1,000만원

-

대출금 500만원
이자 5만원

=

실수령액
495만원

9. 보험금의 지급절차

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 재물손해와 배상책임손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급합니다.

다만, 보험금 지급사유의 조사 또는 확인이 이루어져 지급기일 초과가 예상되거나, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 보험수익자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 자기급보험금으로 지급합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

4. 보험금 청구 및 지급절차 안내



○ 보험금 청구 소멸시효

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

○ 보험금 지급심사 위탁

- 보험업감독규정[금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면 '금융기관의 업무위탁은 금융업을 영위하기 위하여 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다' 라고 명시하고 있습니다.

○ 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 대한 인가를 받은 업체

○ 장해진단서 제출시 유의 사항

- 장해진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청드리며, 진단 전

에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.

(3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원)

- 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어 질 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

○ 의료심사

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

○ 손해/생명 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용)

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.
- 타보험사의 가입사항은 보험협회를 통하여 확인 가능합니다.

○ 실손형보험의 비례보상

- 「실제 발생하는 손해만을 보상하는 실손형 보험」은 다른 보험 회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.
- * 「실제 발생하는 손해만을 보상하는 실손형 보험」이란 실손의료비보험, 자동차사고와 관련된 변호사선임비용·처리지원금을 보상하는 보험, 자동차보험 중 무보험차에 의한 상해·다른 자동차 운전 및 다른 자동차 차량손해를 보장하는 보험, 벌금을 보상하는 보험, 일상생활배상책임을 보상하는 보험, 민사소송법률비용 및 의료사고법률비용을 보상하는 보험, 출원원비용을 보상하는 보험, 가전제품수리비용을 보상하는 보험 등을 말합니다.

○ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면, 전자우편, 문자전송)가 이루어집니다.
- 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이 때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다.
- 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다.
- 현대해상(주) 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.
- ※ 대표전화 : 1588-5656

5. 보험금 청구시 구비서류 안내

※ 다음의 서류 이외에도 보험금 지급을 위하여 보상담당자가 추가 서류를 요청할 수 있으며, 경우에 따라 아래 서류들은 다른 서류로 대체될 수 있으니 담당자와 상담하시기 바랍니다.
담당자 확인은 고객센터 1588-5656 으로 문의하시기 바랍니다.

[간단정리]

구분	진단서	입원/수술/통원확인서	진단확인서류	공통
사망	●(사망진단서)			청구서 신분증
장해	●(장해진단서)			
진단	●		●(검사결과지 등)	
입원/수술/실손	△	●	●	



1. 공통 구비서류

※ 아래의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

○ 공통 서류

구분	구비서류	제공/발급처
공통	- 보험금청구서, 개인(신용)정보처리동의서 - 수익자 계좌번호 - 청구인 신분증 사본(앞면)	당사 양식
	가족관계 확인 필요시 (배우자/자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등) - 가족관계 확인 서류 (가족/혼인관계증명서)	
	대리인청구시 - 위임장 원본(인감날인) - 보험금청구권자의 인감증명서 원본 또는 본인서명사실확인서 - 보험금청구권자의 개인(신용)정보동의서	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터 보험회사(위임장)



2. 질병/상해관련보장 보험금 청구 구비서류

※ 아래의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

○ 보험금 종류별 추가 서류

구분	구비서류	제공/발급처
실손	공통 - 입통원 진료비 영수증(처방시 약제비 영수증) ※ 카드매출전표 및 소득공제 확인용 '진료비납입확인서' 는 불가함	의료기관
	입원 - 진단서 - 진료비세부(산정)내역서 - 입퇴원확인서	
	통원 - 처방전 ※ 처방전에 질병분류코드 미기재 시 추가증빙서류(진단서, 소견서 등)가 필요할 수 있습니다. - 진료비세부(산정)내역서 ※ 비급여 의료비 발생 시 필수 제출	
진단금	공통 - 진단서(진단명, 질병분류코드 포함)	의료기관
	암 - 조직검사결과지 · 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사결과지 · 뇌/폐/췌장암 : 방사선 판독결과지 (조직검사 못할 경우) · 간 : (조직검사 못할 경우) 방사선 판독결과지 및 혈액검사 결과지	
	뇌질환 - CT / MRI / MRA 등 방사선 판독결과지	
	심질환 - 각종 검사결과지(심전도검사, 심근효소검사, 관상동맥조영술, 심초음파 등)	

구 분	구비서류	제공/발급처
골절	- 진단명(질병분류코드), 진단일자 포함된 서류 중 택 1 (예 : 의사소견서, 통원확인서, 진단서 등)	의료기관
수술	- 진단명(질병분류코드), 수술명, 수술일자가 포함된 서류 중 택 1(예 : 수술확인서, 진단서 등)	의료기관
갑스치료	1. 통갑스 시행여부 확인 가능한 진단서 2. (통갑스 시행일) 진료차트 및 진료비세부산정내역서	의료기관
치아	- 치과치료확인서 등 치료대상 치아별 치료내용 포함된 서류	의료기관 당사양식
저체중아입원일당 / 신생아질병 입원일당	1. 아래의 서류 중 택 1 - 입퇴원확인서 (진단명 포함) - 진료확인서(진단명 및 입원기간 포함) - 진단서(입원기간 포함) ※ 인큐베이터 사용 시 해당기간 명시 2. (저체중아 입원일당 청구시) 출생증명서	의료기관
유산/사산	- 유산시 : 진단서 - 사산시 : 사산증명원	의료기관
장해	1. 아래의 서류 중 택 1 - 후유장해진단서 - 일반진단서(일반진단서로 대체 가능한 장해인 경우) 2. 일반진단서 제출시 필요 서류 - 만성신부전 혈액투석 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 - 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray 필름 첨부 - 비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재	의료기관
자동차사고 부상/ 자동차사고 상해진단	- 자동차보험에서 보상을 받은 경우 : 해당 자동차보험의 보상처리확인서 - 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 · 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원) · 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)	보험사 경찰서 병원

구 분	구비서류	제공/발급처
사망	1. 아래의 서류 중 택 1 - 사망진단서(사체검안서) 원본 - 사망진단서(사체검안서) 사본(원본대조필포함) & 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)	의료기관 주민센터
	2. 수익자 미지정시 추가 요청서류 - 상속관계 확인서류(예시 : 가족 / 혼인관계증명서 등) - 상속인이 다수시 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서 (또는 본인서명사실확인서)	주민센터 보험회사 (위임장)



3. 비용손해관련보장 보험금 청구 구비서류

※ 아래의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

○ 보험금 종류별 추가 서류

<자동차사고비용>

구 분	구비서류	제공/발급처
긴급비용	1. 교통사고 처리확인서 2. 견인비 영수증 또는 긴급출동서비스 내역서 3. 수리비 견적서	보험회사 정비공장 견인처
안심지원금	- 대인/대물/자손 보험금 지급결의서 중 택 1	보험회사
대인할증 지원금	- 대인보험금 지급결의서	보험회사
교통사고 처리비용	- 대인II 또는 대물 보험금 지급결의서	보험회사
자기차량 부분/전부 손해위로금	- 자차 보험금 지급결의서	보험회사
	- 전손시 아래의 서류 추가 제출 ① 자동차등록원부 또는 자동차말소증명원 ② 수리비 견적서 ③ (도난시) 도난사실확인원	보험회사

구 분	구비서류	제공/발급처
형사합의 지원금/ 교통사고 처리지원금	- 교통사실확인원 - 피해자 진단서 또는 사망진단서	경찰서/의료기관
	- 교통사고처리지원금 청구시 아래의 서류 추가 제출 ① 형사합의서 원본(형사합의금 기재, 경찰 또는 검찰 원본대조필 날인시 원본인정) ② 형사합의금이 입금된 내역	경찰서/금융기관
벌금	- 교통사고사실확인원 - 벌금납부 영수증 - 약식명령문 또는 법원 판결문	경찰서 법원
방어비용	- 공소 제기시(약식기소 포함) ① 교통사고사실확인원 ② 약식명령문 또는 법원 판결문	경찰서 법원
	- 구속시 ① 구속영장 또는 사건처분증명원 ② 재소 또는 출소증명원	법원 구치소
변호사선임비용	- 교통사고사실확인원 - 판결문, 공소장, 변호사가 발행한 세금계산서 - 구속영장 또는 사건처분증명원 - 재소 또는 출소증명원	경찰서/법원 구치소 변호사사무소
면허정지/ 취소위로금	- 교통사고사실확인원 - 운전경력증명서 - 면허정지확인원(교육 이수 후) - 면허취소확인원	경찰서

★ 당사 자동차보험 가입자는 별도 서류 없이 당사에서 확인 가능합니다.

<기타비용>

구 분	구비서류	제공/발급처
강력범죄피해 폭력피해 강력범죄피해(사망제외) 폭력피해(사망제외)	- 사건사고사실확인원 - 진단서, 치료비명세서	경찰서 의료기관



4. 재물손해/배상책임관련보장 보험금 청구 구비서류

※ 재물손해 / 배상책임손해는 보험목적물 / 사고내용에 따라 보험금 수령을 위한 구비서류가 매우 상이하오니 사고발생시에는 보상담당자와 먼저 상담하시기 바랍니다. (1588-5656)

○ 보험종류별 추가서류

구 분	구비서류	발급처
재물손해	- 사고증명원(화재, 도난, 기상변화 등) - 자산대장 - 사업자등록증 사본	소방서/경찰서 기상청/구청
배상책임	공통 - 합의서 (합의 완료시 합의금 지급확인서)	의료기관
	대인배상 사고 - 진단서 또는 진료확인서 - 초진진료기록지 - 치료비영수증	
	대물배상 사고 - 피해물품의 사진 - 피해물품의 구입시기 · 가격의 증빙서류 - 수리비 견적서 및 영수증	구입처 수리업자

2024.10.25.부터 실손의료보험 청구 전산화가 시행됩니다.

- 「보험업법」 개정('23. 10. 24)에 따라 실손의료보험 가입자는 병원에서 진료비 관련 중 이서류 제출 없이도, 실손24 앱·웹(홈페이지)등을 통해 관련 서류를 전송하는 동 시에 보험금을 청구할 수 있습니다.

✓ Play스토어 또는 App스토어에서 “실손24”를 검색하여 설치하세요!



안드로이드



iOS

6. 자주발생하는 민원 예시

<사례 1> 제가 청약한 내용과 나중에 받은 보험증권 내용이 달라요

(사례)

A씨는 계약 체결 후 증권을 확인하는 과정에서 청약시 안내받은 사항과 다른 점을 발견하여 불만을 제기하였습니다.

(유의 사항)

고객님께서 청약한 내용과 계약사항이 상이한 경우가 발생하지 않도록 청약서에 명기된 납입기간, 보험기간, 보험료, 보장내용 등이 청약한 내용과 일치하는지 반드시 확인하여 주시기 바랍니다.



<사례 2> 가입 초기에 계약을 해지하였는데 해약환급금이 너무 적어요

(사례)

A씨는 보험가입 6개월 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 해약환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 불만을 제기하였습니다.

(유의사항)

보험계약은 은행의 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해약환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.



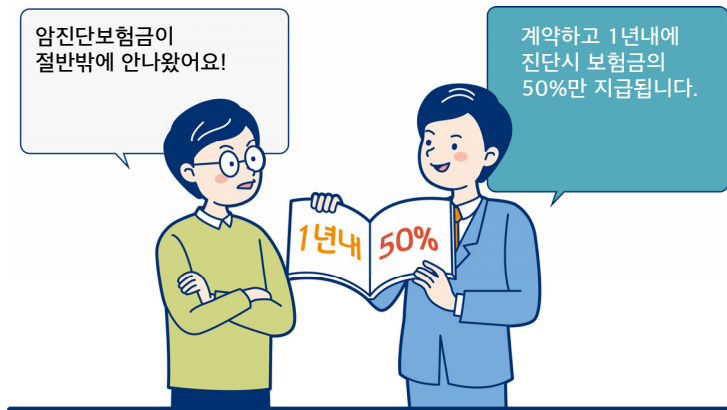
<사례 3> 가입 초기에 면책기간(90일, 50%)이 있나요?

(사례)

A씨는 암보험 가입 후 10개월 만에 암진단을 받아 보험금 청구하였으나, 청구비용의 50%만을 보상받은 것에 불만을 제기하였습니다.

(유의사항)

암관련 보장의 90일 면책기간을 적용하여 해당일 내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 90일이 경과한 이후에도 암진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.



<사례 4> 소액암으로 진단받은 경우 지급되지 않는 보험금이 있나요?

(사례)

A씨는 유방암진단을 받고 보험금을 신청하였으나, 암진단보험금만 지급이 되고, 암진단(일반암)보험금은 지급이 되지 않은 것에 불만을 제기하였습니다.

(유의사항)

소액암은 유방암, 자궁경부암, 자궁체부암, 전립선암, 방광암으로 규정하고 있습니다. 이러한 5개의 소액암으로 진단된 경우에는 암진단(소액암)보험금을 지급받으실 수 있으나, 암진단(일반암)보험금의 보험금 지급사유에는 해당되지 않습니다.



7. 보험용어 해설

보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

보험계약 당사자

보험회사	보험사고 발생시 보험금 지급의무를 부담하는 자로서, 보험사업을 영위하는 회사
보험계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

보험계약 관계자

신체손해보장, 비용손해보장	피보험자	보험사고 발생의 대상이 되는 사람으로 피보험자라 정함
	보험수익자	보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
	대리인	다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람
배상책임보장	피보험자	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람
	대리인	다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

보험료

보험계약자가 보험계약에 의거하여 보험회사에게 지급하여야 하는 금액

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

※ 보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조소비

적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료

보장순보험료	보험금 지급을 위한 보험료
적립순보험료	보험회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
부가보험료	보험회사의 사업경비를 위한 보험료
손해조소비	보험금 청구의 사유 및 그 금액을 증명하기 위한 비용

보험목적

배상책임보장 보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화

보험가입금액

신체손해보장 보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액

보험금

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

배상책임보장 피보험자의 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액

보험기간

회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간



보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날



보험계약일

계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일이며 매년 도래하는 보험계약일을 계약해당일이라 함



보험년도

보험계약일부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말함



계약자적립액

계약자적립액 = 기본계약 계약자적립액(보장부분 계약자적립액 + 적립부분 계약자적립액)
+ 특별약관 계약자적립액

보장부분 (기본계약, 특별약관) 계약자적립액	장래의 보험금 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보장순보험료 중 일정액을 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 보험회사가 적립해 둔 금액
적립부분 계약자적립액	장래의 만기환급금 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 적립순보험료를 보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 보험회사가 적립해 둔 금액



해약환급금

해약환급금 = 기본계약 해약환급금(보장부분 해약환급금 + 적립부분 해약환급금)
+ 특별약관 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액으로, 계약자적립액에서 해약공제액(미상각 신계약비)을 차감한 금액

해약공제액 (미상각 신계약비)	신계약을 청약하고 승낙하는 과정에서 소요되는 비용을 계약체결비용이라 하며, 일정기간 동안 보험료에서 균등하게 공제함. 그러나 계약을 중도에 해지하게 될 경우, 공제하지 못한 계약체결비용을 한꺼번에 공제하게 되는데 이를 해약공제액(미상각 신계약비)라 함

이 보험용어 해설의 용어는 보장의 특성에 따라 의미가 상이하므로 기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 참고해주세요.

상품안내

※ 상품안내는 계약자의 편의 및 이해를 돕기 위해 상품의 주요 내용만을 요약한 자료이므로, 보험금의 지급사유, 보험금 지급에 관한 세부규정 및 보험금을 지급하지 않는 사유 등 구체적인 상품내용은 반드시 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

무배당 현대해상두배받는암보험(Hi2607) 상품안내

<유의사항>

○ 이 상품에 대한 보다 자세한 내용은 반드시 상품설명서 및 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

<개요 및 구조>

○ 무배당 현대해상두배받는암보험(Hi2607)은 첫 번째 발생하는 암진단보험금 뿐만 아니라 재발암, 전이암을 포함한 재진단암의 진단보험금을 보장받을 수 있는 암보험입니다.

○ 상품구조

구 분		1종 (표준형)	2종 (해약환급금 미지급형 I)	3종 (연만기갱신형)
상품 형태		보장적립구분형	순수보장형	보장적립구분형
적용 이율	보장부분	2.7%		2.7%
	적립부분	보장성 공시이율 V (단, 최저보증이율은 0.3%)	해당없음	보장성 공시이율 V (단, 최저보증이율은 0.3%)
갱신운영 여부		일부특약 자동갱신		전담보 자동갱신 (보험료납입면제대상 보장 특약제외)

1. 이 상품의 운영 특이 사항

가. 이 상품은 암전용보험으로서 암관련 보장은 가입 후 90일 동안 면책기간을 두어 이 기간에는 보장을 하지 않습니다.

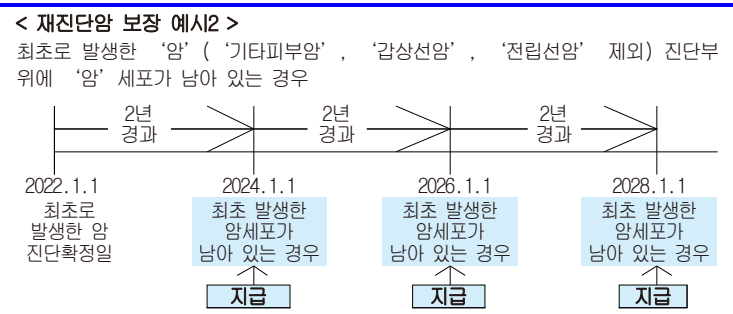
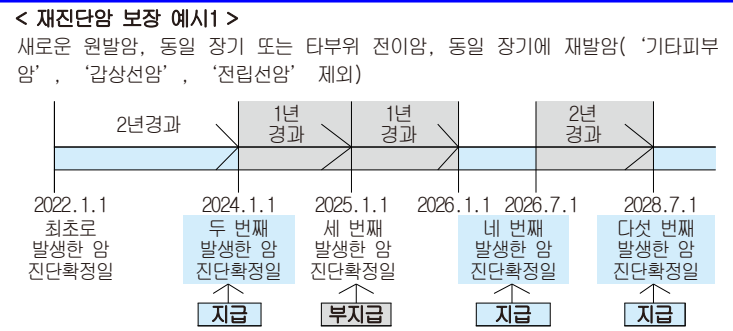
나. 암진단을 보장하는 계약이라도 담보에 따라 보장하는 암의 범위가 다릅니다.

선택 계약	구 분	보장하는 질병 대상	
	암진단 II (일반암) (갱신형)	암(소액암, 유사암제외) : 암(유사암제외) 중 소액암 제외	[별표2] 참조
	암진단 II (소액암) (갱신형)	소액암(유방암, 자궁경부암, 자궁체부암, 전립선암, 방광암)	[별표2] 참조
	유사암진단 II (갱신형)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	[별표2,3 ,4] 참조
	전이암진단(최초1회한) (갱신형)	림프절전이암 또는 특정전이암	[별표31] 참조
	재진단암진단 II (갱신형)	악성신생물 (기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)	[별표2] 참조
	재진단암진단 (기타피부암 및 갑상선암)(갱신형)	기타피부암, 갑상선암	[별표2] 참조
	특정암진단(갱신형)	식도암, 간암, 담낭/담도암, 췌장암, 폐암, 뼈/관절연골암, 뇌/중추신경계암, 림프/조 혈및관련조직암	[별표6] 참조
	남성생식기암(갱신형)	음경, 전립선, 고환의 악성신생물	[별표13] 참조
	여성특정암(갱신형)	유방 및 여성생식기관련(자궁/난소/외음/질/태반) 의 악성신생물	[별표14] 참조
	중증갑상선암진단(갱신 형)	갑상선암 중에서 수질성암 또는 역형성암	[별표2] 참조
	중증질환자(신규암) 산정특례대상(갱신형)	신규암(소액암및유사암제외) : : 암(유사암제외) 중 소액암 제외 ※ 소액암: 유방암, 자궁경부암, 자궁체 부암, 전립선암, 방광암	[별표29] 참조

다. 암진단Ⅱ(일반암)(갱신형)보장의 재진단암진단Ⅱ(갱신형)보장은 최초 발생한 '암' ('유사암' 및 '소액암' 제외) 진단확정일부터 2년 이상 경과한 후에 재진단암('기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' 제외)으로 진단받은 경우 보험금을 지급합니다.

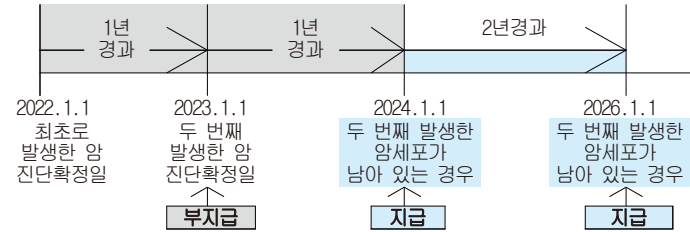
다만, 최초로 발생한 암 또는 직전 발생한 재진단암 진단확정일부터 2년이 지나고 재진단암으로 진단 받은 경우에만 보험금을 지급합니다.

-. 재진단암이라 함은 새로운 원발암, 전이암, 재발암, 잔존(암세포가 남아있는 경우)암을 말합니다.



< 재진단암 보장 예시3 >

'암' ('유사암' , '소액암' 제외)에 대한 보장개시일 이후 발생한 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' 제외) 진단부위에 '암' 세포가 남아 있는 경우



2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

가. 보험금 지급사유 및 지급금액

<기본계약>

보장명	보험금 지급사유	지급금액
상해사망(갱신형)	상해로 사망시	보험가입금액

<의무부가 특약>

보장명	보험금 지급사유	지급금액
보험료납입면제대상 (갱신형)	'암' ('유사암' 제외)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초1회한)

<선택계약>

보장명		보험금 지급사유	지급금액
질 병 관 련	질병사망(갱신형)	질병으로 사망시	특약가입금액
	암사망(갱신형)	보장개시일 이후 암으로 사망시	특약가입금액
	질병후유장해 (80%이상)(갱신형)	질병으로 장해지급률이 80% 이상 에 해당하는 장해상태가 된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	암진단Ⅱ(일반암) (갱신형)	보장개시일 이후 ‘암’ (‘소액암’ , ‘유사암’ 제외) 으로 진단확정된 경우	특약 가입금액 (최초 1회한)
	암진단Ⅱ(소액암) (갱신형)	보장개시일 이후 ‘소액암’ 으로 진단확정된 경우	특약 가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
	유사암진단Ⅱ (갱신형)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (각각 최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
	전이암 진단 (최초 1회한) (갱신 형)	림프절전 이암	‘림프절전이암진단’ 보장의 보험가입금액 (최초 1회한)
		특정전이 암	‘특정전이암진단’ 보장의 보험가입금액 (최초 1회한)
	재진단암진단Ⅱ (갱신형)	재진단암 (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ , ‘전립선암’ 제 외)으로 진단확정된 경우	특약가입금액
	재진단암진단 (기타피부암 및 갑상선암)(갱신형)	‘재진단 기타피부암 및 갑상선 암’ 으로 진단확정된 경우	특약가입금액
	특정암진단 (갱신형)	보장개시일 이후 특정암으로 진 단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)

보장명		보험금 지급사유	지급금액
질 병 관 련	항암방사선치료 (갱신형)	보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초1회한)
		기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	특약가입금액의 20% (각각 최초1회한)
	뇌혈관질환진단 (갱신형)	뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
	허혈심장질환진단 (갱신형)	허혈심장질환으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
	특정바이러스질환진단(최초1회한) (갱신형)	‘특정바이러스질환’ 으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
위·십이지장,대장양성종양(폴립포함)진단(연간1회한) (갱신형)	‘위·십이지장, 대장양성종양(폴립포함)’ 으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (연간 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)	

질병 관련		보장명	보험금 지급사유	지급금액
질병 관련	항암방사선 (양성자)치료 (갱신형)		보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
			기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우	특약가입금액 (각각 최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
	항암방사선 (세기조절)치료 (갱신형)		보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
			기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우	특약가입금액 (각각 최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
질병 관련	항암약물치료 (갱신형)		보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
			기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한)
	표적항암약물 허가치료 (갱신형)		보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료'를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
			기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료'를 받은 경우	특약가입금액 (각각 최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)

질병 관련		보장명	보험금 지급사유	지급금액
질병 관련	카티(CAR-T)항암약 물허가치료 (연간1회한) (갱신형)		보장개시일 이후 '카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증'으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '카티(CAR-T)항암약물허가치료'를 받은 경우	특약가입금액 (연간1회한)
			갑상선암수술후 호르몬약물치료 (갱신형)	갑상선암으로 진단 확정되고, 그 갑상선암의 수술 후 '갑상선암수술후 호르몬약물치료'를 받은 경우
	항암호르몬약물 허가치료 (갱신형)		보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암호르몬약물허가치료'를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
			기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암호르몬약물허가치료'를 받은 경우	특약가입금액 (각각 최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)

보장명	보험금 지급사유	지급금액
질 병 관 련	항암호르몬약물허가 치료(치료당) (갱신형)	보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 항암호르몬약물 허가치료(주사제) 를 받은 경우 특약가입금액 (입원 또는 통원 치료당 1회)
	기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 항암호르몬약물허가치료(주사제)를 받은 경우 특약가입금액 (입원 또는 통원 치료당 1회)	
	보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암호르몬약물허가치료(주사제 외)를 받은 경우 특약가입금액 (연간1회한)	
	기타피부암, 갑상선암 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암호르몬약물허가치료(주사제 외)를 받은 경우 특약가입금액 (연간1회한)	
	갑상선항진증치료 (최초1회한) (갱신형)	‘갑상선기능항진증’으로 진단확정되고 ‘갑상선기능항진증 치료’를 받은 경우 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
	암특정재활치료 (1일1회,연간10회한,급여)(갱신형)	보장개시일 이후 ‘암’ 으로 진단받고, ‘급여 암 특정재활치료’ 를 받은 경우 특약가입금액 (연간 10회한, 1일 1회한)
	암특정통증완화치료(연간1회한,급여) (갱신형)	보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 로 진단받고, 통증완화를 목적으로 ‘급여 암 특정통증완화치료’ 를 받은 경우 특약가입금액 (연간 1회한)
	말기암호스피스통증완화치료(입원형,가정형,최초1회한) (갱신형)	보장개시일 이후 ‘암’ 으로 진단 받고 말기암환자가 ‘호스피스완화의료’ 목적으로 ‘호스피스전문기관’ 의 입원형 또는 가정형 호스피스완화의료 치료를 받은 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	특정NGS유전자패널 검사(연간1회한, 급여)(갱신형)	보장개시일 이후 ‘암’ 으로 진단확정되고, 그 암의 치료를 위한 필요조건을 토대로 ‘급여NGS유전자패널검사’ 를 받은 경우 특약가입금액 (검사당 각각 연간 1회한)

보장명	보험금 지급사유	지급금액
질 병 관 련	암MRI촬영검사 (연간1회한,급여) (갱신형)	‘암’ 의 진단 및 치료를 위한 필요조건을 토대로 ‘급여 MRI검사’ 를 받은 경우 특약가입금액 (연간 1회한)
	특정생검조직병리검사(연간1회한, 급여)(갱신형)	질병의 진단 및 치료를 위한 필요조건을 토대로 ‘급여 특정 바늘생검조직병리검사’ 를 받은 경우 특약가입금액 (검사 당 각각 연간 1회한)
	질병입원일당 (1-180일, 종합병원)(갱신형)	질병으로 1일이상 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (180일한도)
	질병입원일당 (1-180일, 중환자실)(갱신형)	질병으로 1일이상 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (180일한도)
	질병입원일당 (1-30일,종합병원, 1인실)(갱신형)	질병으로 1일이상 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (30일한도)
	질병입원일당 (1-30일,상급종합 병원,1인실) (갱신형)	질병으로 1일이상 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (30일한도)
	암직접치료입원일당 (1-180일, 요양병원제외) (갱신형)	보장개시일 이후 암(유사암 제외)의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 1일 이상 입원한 경우 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 입원한 경우 입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	요양병원 암입원일당 (1-90일)(갱신형)	보장개시일 이후 암(유사암 제외)의 치료를 목적으로 요양병원에 1일이상 입원한 경우 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)의 치료를 목적으로 요양병원에 1일이상 입원한 경우 입원 1일당 특약가입금액 (90일 한도)

보장명		보험금 지급사유	지급금액
질 병 관 련	암직접치료통원일당 (상급종합병원) (갱신형)	보장개시일 이후 암(유사암 제외)의 직접 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우	통원 1회당 특약가입금액 (1일 통원당 1회한)
	암직접치료통원일당 (종합병원)(갱신형)	보장개시일 이후 암(유사암 제외)의 직접 치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우	통원 1회당 특약가입금액 (1일 통원당 1회한)
	암수술(갱신형)	보장개시일 이후 암(유사암 제외) 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
		유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액의 20%
	심뇌혈관질환 수술(갱신형)	‘심뇌혈관질환’ 으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액 (단, 최초계약일로부터 1년미만 상가금액의 50%)
	질병수술(갱신형)	질병으로 수술을 받은 경우	특약가입금액 (하나의 질병당)
	뇌정위적방사선수술 (연간1회한,급여) (갱신형)	‘급여 뇌정위적방사선수술’ 을 받은 경우	특약가입금액 (연간 1회한) (단, 최초계약일로부터 1년미만 상가금액의 50%)
	6대기관양성종양 (폴립포함)수술 (연간1회한,급여) (갱신형)	‘6대기관양성종양(폴립포함)’으로 진단받고 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘6대기관양성종양(폴립포함)수술(급여)’ 을 받은 경우	특약가입금액 (연간 1회한) (단, 최초계약일로부터 1년미만 상가금액의 50%)

보장명		보험금 지급사유		지급금액
질 병 관 련	다빈치 로봇 암수술 (최초 1회한) (갱신형)	다빈치로봇 암수술(갑 상선암및전 립선암제외)	보장개시일 이후 암(갑상선암 및 전립선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 다빈치로봇암수술을 받은 경우	다빈치로봇암수술 (갑상선암 및 전립선암제외) 보장의 보험가입금액 (최초1회한)
		다빈치로봇 암수술 (갑상선암 및전립선암)	보장개시일 이후 갑상선암 또는 전립선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 다빈치로봇암수술을 받은 경우	다빈치로봇암수술 (갑상선암 및 전립선암) 보장의 보험가입금액 (최초1회한)
	중증질환자 (신규암) 산정특례 대상 (갱신형)	유사암 및 소액암제외	보장개시일 이후 ‘중증질환자 (암) 산정특례대상질환(유사암 및 소액암제외)’ 로 진단확정되 고, ‘산정특례 신규암 등록’ 이 된 경우	‘중증질환자(암) 산정특례대상질환(유사암 및 소액암제외)’ 보장 의 보험가입금액(최초 1회한)
		소액암	보장개시일 이후 ‘소액암’ 으로 진단확정되고, ‘산정특례 신규 암 등록’ 이 된 경우	‘중증질환자(암) 산정특례대상질환(소액암) ,’ 보장 의 보험가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상가금액의 50%)
		유사암	‘유사암’ 으로 진단확정되고, ‘산정특례 신규암 등록’ 이 된 경우	‘중증질환자(암) 산정특례대상질환(유사암) ,’ 보장 의 보험가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상가금액의 50%)
	중증질환자 (중복암 및 재등록암) 산정특례 대상 (갱신형)	중복암	보장개시일 이후 ‘중증질환자 (암) 산정특례대상질환’ 으로 진단확정되고, ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’ 으로 ‘산정 특례 중복암 등록’ 이 된 경우	‘중증질환자(중복암및재 등록암)산정특례대상(중복 암)’ 보장의 보험가입금액 (최초 1회한)
		재등 록암	보장개시일 이후 ‘중증질환자 (암) 산정특례대상질환’ 으로 진단확정되고, ‘중증질환자 (암) 산정특례대상질환’ 으로 ‘산정특례 재등록암 등록’ 이 된 경우	‘중증질환자(중복암및재 등록암)산정특례대상(재등 록암)’ 보장의 보험가입금액 (최초 1회한)

보장명	보험금 지급사유	지급금액
여성특정암진단 (갱신형)	보장개시일 이후 ‘여성특정암’ 으 로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
중증갑상선암진단 (갱신형)	보장개시일 이후 중증갑상선암으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
남성생식기암진단 (갱신형)	보장개시일 이후 ‘남성생식기암’ 으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
전이암항암약물치료 (갱신형)	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 항암약물치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
전이암 항암방사선치료 (갱신형)	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 항암방사선치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
전이암항암약물치료 (치료당)(갱신형)	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 항암약물치료(주사제)를 받은 경우	특약가입금액 (입원 또는 통원 치료당 1회)
	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 항암약물치료(주사제 외)를 받 은 경우	특약가입금액 (연간1회한)
전이암 항암방사선치료 (치료당)(갱신형)	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 항암방사선치료를 받은 경우	특약가입금액 (치료당 1회)

질
병
관
련

보장명	보험금 지급사유	지급금액
전이암표적항암약물 허가치료(갱신형)	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
전이암항암호르몬 약물허가치료 (갱신형)	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 항암호르몬약물허가치료를 받 은 경우	특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
전이암표적항암약물 허가치료 (치료당)(갱신형)	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 병원에 입원 또는 통원하여 표적항암약물허가치료(주사제)를 받 은 경우	특약가입금액 (입원 또는 통원 치료당 1회)
	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확 정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료(주사제 외)를 받은 경우	특약가입금액 (연간1회한)
전이암항암호르몬 약물허가치료 (치료당)(갱신형)	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 병원에 입원 또는 통원하여 항암 호르몬약물허가치료(주사제)를 받은 경우	특약가입금액 (입원 또는 통원 치료당 1회)
	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확 정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암호르몬약물허가치료(주사제 외)를 받은 경우	특약가입금액 (연간1회한)
전이암항암 방사선(양성자)치료 (갱신형)	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 항암방사선(양성자)치료를 받 은 경우	특약가입금액 (최초1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)

질
병
관
련

보장명	보험금 지급사유	지급금액
전이암항암 방사선(양성자)치료 (치료당)(갱신형)	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우	특약가입금액 (치료당 1회)
전이암항암방사선 (세기조절)치료 (갱신형)	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초1회한) (단, 최초계약일로부터 1년미만 상가금액의 50%)
전이암항암방사선 (세기조절)치료 (치료당)(갱신형)	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우	특약가입금액 (치료당 1회)
전이암직접치료 입원일당(1~180일, 요양병원제외) (갱신형)	보장개시일 이후 전이암의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 입원한 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
전이암요양병원 입원일당(1~90일) (갱신형)	보장개시일 이후 전이암의 치료를 목적으로 요양병원에 1일이상 입원한 경우	입원 1일당 특약가입금액 (90일 한도)
전이암수술 (갱신형)	보장개시일 이후 전이암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액

질병 관련

보장명			보험금 지급사유	지급금액
질병 관련	암주요 치료비II (연간1회한, 진단후5년) (갱신형)	암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)	보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대5회 지급)
		기타피부암 및 갑상선암치료급여금	기타피부암 또는 갑상선암 으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대5회 지급)
	항암방사선 (주요방사성의약품) 치료 (연간1회한) (갱신형)	항암방사선 (방사성 리간드약품) 치료	보장개시일 이후 ‘항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증’ 으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘방사성리간드약품 치료’ 를 받은 경우 *항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증 : ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외) 중 방사성리간드약품의 안정성과 유효성 인정범위에 따라 투약 처방이 가능한 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)	보장가입금액 (연간 1회한)
		항암방사선 (방사성물질단독약품) 치료	보장개시일 이후 ‘항암방사선(방사성물질단독약품)치료 적응증’ 으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘방사성물질단독약품 치료’ 를 받은 경우 *항암방사선(방사성물질단독약품)치료 적응증 : ‘암’ 중 방사성물질단독약품의 안정성과 유효성 인정범위에 따라 투약 처방이 가능한 ‘암’	보장가입금액 (연간 1회한)

질병 관련

보장명			보험금 지급사유	지급금액
질병 관련	암주요 치료비Ⅱ (연간1회한, 진단후10년) (갱신형)	암치료급여 금(기타피부 암및갑상선 암제외)	보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부 암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10 년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대10회 지급)
		기타피부암 및 갑상선암치 료급여금	기타피부암 또는 갑상선암 으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10 년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대10회 지급)
	암주요 치료비Ⅲ (연간1회한, 진단후10년) (상급종합 병원(국립 암센터포함))(갱신형)	암치료급여 금(기타피부 암및갑상선 암제외)	보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부 암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10 년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대10회 지급)
		기타피부암 및 갑상선암치 료급여금	기타피부암 또는 갑상선암 으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10 년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대10회 지급)
	암수술(상급종합병원(국 립암센터포함))(갱신형)		보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 치료를 직접적인 목적으로 상 급종합병원 또는 국립암센터에서 수 술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
			유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자 리암 및 경계성종양)의 치료를 직접 적인 목적으로 상급종합병원 또는 국 립암센터에서 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액의 20%

보장명			보험금 지급사유	지급금액
질 병 관 련	암주요 치료비Ⅱ (연간1회한, 진단후10년) , 암주요 치료비Ⅲ (연간1회한, 진단후10년) (갱신형)	암치료급여 금(기타피부 암및갑상선 암제외)	보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부 암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10 년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대10회 지급)
		기타피부암 및 갑상선암치 료급여금	기타피부암 또는 갑상선암 으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10 년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대10회 지급)
	암주요 치료비Ⅱ(상급종합병 원(국립암 센터포함)) (연간1회한, 진단후10년)	암치료급여 금(기타피부 암및갑상선 암제외)	보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부 암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10 년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대10회 지급)
		기타피부암 및 갑상선암치 료급여금	기타피부암 또는 갑상선암 으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10 년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대10회 지급)
	암수술(상급종합병원(국 립암센터포함))		보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 치료를 직접적인 목적으로 상 급종합병원 또는 국립암센터에서 수 술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
			유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자 리암 및 경계성종양)의 치료를 직접 적인 목적으로 상급종합병원 또는 국 립암센터에서 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액의 20%

구 분			지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련	암주요 치료비III (유사암제외) (연간1회한) (갱신형)	주요치료	보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으 로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 ‘암수술’ 을 받은 경우	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)
			보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으 로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 ‘항암약물치료(호르몬약물치료제 외)’ 를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)
			보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으 로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 ‘항암방사선치료(수술제외)’ 를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)
		항암 호르몬 치료	보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으 로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적 으로 ‘항암호르몬약물허가치료’ 를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)
		중환자실 입원	보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으 로 진단확정되고, ‘암’ (‘유사암’ 제외) 의 직접치료를 목적으로 ‘중환자실’ 에 입 원하여 치료를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)

구 분			지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련	유사암주요 치료비III (연간1회한) (갱신형)	주요치료	유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘암수술’ 을 받은 경우	이 보장의 가입금액 (각각 연간 1회한)
			유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암약물치료(호르몬약 물치료제외)’ 를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (각각 연간 1회한)
			유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암방사선치료(수술 제외)’ 를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (각각 연간 1회한)
		항암 호르몬 치료	유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암호르몬약물허가치 료’ 를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (각각 연간 1회한)
		중환자실 입원	유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단확정되고, 유사암(기 타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종 양)의 직접치료를 목적으로 ‘중환자실’ 에 입원하여 치료를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)

구 분			지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	암주요 치료비III (유사암제외) (상급종합병 원(국립암센 터포함)) (연간1회한) (갱신형)	주요치료	보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘암수술’ 을 받은 경우	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)
			보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암약물치료(호르몬약물치료제외)’ 를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)
			보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암방사선치료(수술제외)’ 를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)
		항암 호르몬 치료	보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암호르몬약물허가치료’ 를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)
		중환자실 입원	보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정되고, ‘암’ (‘유사암’ 제외)의 직접치료를 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터 ‘중환자실’ 에 입원하여 치료를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)

구 분			지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	유사암주요 치료비III (상급종합병 원(국립암센 터포함)) (연간1회한) (갱신형)	주요치료	유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘암수술’ 을 받은 경우	이 보장의 가입금액 (각각 연간 1회한)
			유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암약물치료(호르몬약물치료제외)’ 를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (각각 연간 1회한)
			유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암방사선치료(수술제외)’ 를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (각각 연간 1회한)
		항암 호르몬 치료	유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암호르몬약물허가치료’ 를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (각각 연간 1회한)
		중환자실 입원	유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단확정되고, 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)의 직접치료를 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터 ‘중환자실’ 에 입원하여 치료를 받은 경우	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	로봇암수술 (다빈치및레보아이) (최초1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 암(갑상선암, 전립선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘다빈치로봇암수술’ 또는 ‘레보아이로봇암수술’ 을 받은 경우	보장가입금액 (최초 1회한)
		보장개시일 이후 갑상선암 또는 전립선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘다빈치로봇암수술’ 또는 ‘레보아이로봇암수술’ 을 받은 경우	보장가입금액 (최초 1회한)
	로봇암수술 (다빈치및레보아이) (연간1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 암(갑상선암, 전립선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘다빈치로봇암수술’ 또는 ‘레보아이로봇암수술’ 을 받은 경우	보장가입금액 (연간 1회한)
		보장개시일 이후 갑상선암 또는 전립선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘다빈치로봇암수술’ 또는 ‘레보아이로봇암수술’ 을 받은 경우	보장가입금액 (연간 1회한)
	항암방사선(중입자) 치료(갱신형)	보장개시일 이후 ‘암’ 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(중입자)치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	유방주요치료비 (갱신형)	중증(삼중음성) 유방암진단	이 보장의 가입금액 (최초1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
		유방바늘생검 조직병리검사 비(연간1회한 ,급여)	이 보장의 가입금액 (연간1회한)
		특정유방병변 진공흡인절제 치료비(최초1 회한)	이 보장의 가입금액 (최초1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
		유방암으로인 한유방수술	이 보장의 가입금액 (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)

보장명		보험금 지급사유	지급금액
질병 관 련	항암약물치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)	보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암약물치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암약물치료를 받은 경우	특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한)
	항암방사선치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)	보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선치료를 받은 경우	특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한)
	표적항암약물 허가치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)	보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘표적항암약물허가치료’를 받은 경우	특약가입금액 (각각 최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상가금액의 50%)
		기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘표적항암약물허가치료’를 받은 경우	
항암방사선(세기조절)치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)	보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암방사선(세기조절)치료’를 받은 경우	특약가입금액 (각각 최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상가금액의 50%)	
	기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암방사선(세기조절)치료’를 받은 경우		

보장명			보험금 지급사유	지급금액
질 병 관 련	표적항암 약물 허가치료 (치료당, 진단후10 년)(갱신 형)	기타피부암 및갑상선암 제외	보장개시일 이후 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 암의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 ‘표적항암약물 허가치료(주사제)’를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (입원 또는 통원 치료당 1회)
			보장개시일 이후 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 암의 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료(주사제 외)를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (연간1회한)
		기타피부암 및 갑상선암	기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 표적항암약물허가치료(주사제)를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (입원 또는 통원 치료당 1회)
			기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료(주사제 외)를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (연간1회한)

보장명			보험금 지급사유	지급금액
정 제 10 조 제 1 항	항암방사선(양성자)치료(치료당, 진단 후 10년)(갱신형)	기타피부암 및 갑상선암 제외	보장개시일 이후 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (치료당 1회)
		기타피부암 및 갑상선암	기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (치료당 1회)
	항암방사선(세기조절)치료(치료당, 진단 후 10년)(갱신형)	기타피부암 및 갑상선암 제외	보장개시일 이후 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (치료당 1회)
		기타피부암 및 갑상선암	기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (치료당 1회)

구 분		지급 사유	지급 금액
질 병 관 련	암주요치료비Ⅳ (치료당, 진단 후 10년) (갱신형)	보장개시일 이후 '암' (기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '암수술' 을 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액
		보장개시일 이후 '암' ('기타피부암 및 갑상선암' 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원 또는 통원하여 항암약물치료(주사제)를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (입원 또는 통원 치료당 1회)
		보장개시일 이후 '암' ('기타피부암 및 갑상선암' 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(주사제 외)를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)
		보장개시일 이후 '암' ('기타피부암 및 갑상선암' 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (치료당 1회)
	기타피부암 및 갑상선암	기타피부암 및 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '암수술' 을 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액
		기타피부암 및 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원 또는 통원하여 항암약물치료(주사제)를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (입원 또는 통원 치료당 1회)
		기타피부암 및 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(주사제 외)를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한)
		기타피부암 및 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 (단, 최초진단확정일부터 10년간 보장)	이 보장의 가입금액 (치료당 1회)

보장명		보험금 지급사유	지급금액
상 해 및 질 병 관 련	양전자방출단층촬영 검사지원비(PET)(연 간1회한,급여) (갱신형)	‘급여 양전자단층촬영(PET)검사’를 받은 경우	특약가입금액 (연간 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%)
	응급실내원 진료비(응급) (갱신형)	응급환자로 응급실에 내원하여 진 료를 받은 경우	특약가입금액
비 용 손 해 관 련	의료사고법률비용 (갱신형)	‘의료사고’가 발생하여 소를 제 기한 경우	변호사 착수금의 80% 특약가입금액 한도

■ 주요 용어 해설

- **암(소액암및유사암제외)** : 소액암(유방의 악성신생물, 자궁경부의 악성신생물, 자궁체부의 악성신생물, 전립선의 악성신생물, 방광의 악성신생물) 및 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양)을 제외한 악성신생물
- **특정암** : 식도의 악성신생물, 간 및 간내 담관의 악성신생물, 담낭의 악성신생물, 기타 및 담도의 상세불명 부분의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 기관의 악성신생물, 기관지 및 폐의 악성신생물, 뼈 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물([별표6] ‘특정암’ 분류표 참조)
- **재진단암** : ‘재진단암’에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 ‘암’을 말합니다. 다만, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’은 제외합니다.
 1. 새로운 원발암
 2. 동일장기 또는 타부위에 전이된 암
 3. 동일장기에 재발된 암
 4. ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 이후 발생한 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘전립선암’ 제외)진단부위에 ‘암’ 세포가 남아있는 경우
- **재진단암의 보장개시일**
 1. 첫 번째 재진단암 : 최초로 발생한 ‘암’ (‘유사암’ 제외)진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
 2. 두 번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신

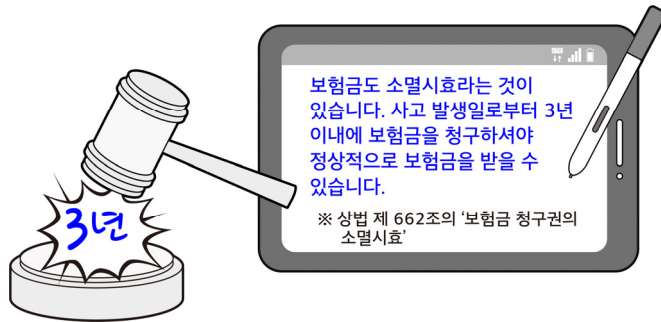
계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음 날

- **재진단 기타피부암 및 갑상선암** : ‘재진단 기타피부암 및 갑상선암’에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 ‘암’을 말합니다.
 1. 새로운 원발암(기타피부암 및 갑상선암)
 2. 동일장기 또는 타부위에 전이된 암
 3. 동일장기에 재발된 암
 4. 보험기간 중에 발생한 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 진단부위에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 세포가 남아있는 경우
- **재진단 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일**
 1. 첫 번째 재진단 기타피부암 및 갑상선암 : 최초로 발생한 ‘기타피부암 및 갑상선암’ 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
 2. 두 번째 이후 재진단 기타피부암 및 갑상선암 : 직전 재진단 기타피부암 및 갑상선암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
- **4기암** : 특정중증암을 제외한 암 중 4기암에 해당하는 암으로 AJCC, FIGO, Astler-Coller, Jewett 등의 분류를 따릅니다.
- **특정중증암** : 간, 폐, 기관, 뼈/관절연골, 흉선/호흡기 및 흉곽 내 기관, 뇌/중추신경계, 림프/조혈 및 관련조직의 악성신생물
- **남성생식기암** : 음경, 전립선, 고환의 악성신생물
- **여성특정암** : 유방 및 여성생식기관련(자궁/난소/외음/질/태반)의 악성신생물
- **종합병원** : 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원
- **중환자실** : 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실
- **상급종합병원** : 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원
- **말기암환자** : 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자
- **말기암환자 완화의료** : 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료
- **6대기관** : 간, 담관(담낭 및 담도), 췌장, 기관지 및 폐, 갑상선, 생식기관
- **표적항암제** : 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’ (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제
- **카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증** : ‘암’ 중 카티(CAR-T)치료제의 안전성과 유효성 인정범위에 따라 투약 처방이 가능한 ‘암’

나. 보험금 지급제한 사항

- 1) 암직접치료입원일당(1~180일, 요양병원제외)(갱신형) 보장특약은 암의 직접적인 치료를 목적으로 입원하는 경우에 한하여 보장합니다.
- 2) 암수술(갱신형) 및 전이암수술(갱신형) 보장특약에서 항암방사선치료 및 항암약물치료는 약관에서 정한 '수술보험금'의 지급이 불가능합니다.
- 3) 보험금의 지급사유 및 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 약관내용에 따라 제한될 수 있으니, 반드시 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

❏ 바빠서 청구하지 못한 보험금이 있는데, 아무 때나 청구하면 되나요?



❏ 회사의 보장은 언제부터 시작되나요?

- 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장합니다. 단, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.
- 단, 암보험 특성상 보장특약에 따라, 해당 특별약관에서 정한 별도의 보장개시일을 따릅니다.

※ 이 상품의 보장 중에 보험 가입 후 일정기간 동안 보험금을 감액지급하거나 면책기간이 있는 보장이 있습니다.

보장명	최초계약과 부활(효력회복) 계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
		보험금 감액기간	50% 감액지급
암진단Ⅱ(일반암)(갱신형), 특정암진단(갱신형), 남성생식기암진단(갱신형), 여성특정암진단(갱신형), 암특정재활치료(1일1회, 연간10회한, 급여)(갱신형), 암특정통증완화치료(연간1회한, 급여)(갱신형), 말기암호스피스통증완화치료(입원형, 가정형, 최초1회한)(갱신형), 중증감상선암진단(갱신형), 특정NGS유전자패널검사(연간1회한, 급여)(갱신형), 전이암항암치료(갱신형), 전이암항암치료(치료당)(갱신형), 전이암항암방사선치료(갱신형), 재진단암진단Ⅱ(갱신형), 전이암항암방사선치료(치료당)(갱신형), 전이암요양병원입원일당(1~90일)(갱신형), 전이암직접치료입원일당(1~180일, 요양병원제외)(갱신형), 전이암수술(갱신형) 전이암진단(최초1회한)(갱신형), 카티(CAR-T)항 암약물허가치료(연간1회한)(갱신형), 항암방사선(주요방사성의약품)치료(연간1회한)(갱신형) 다빈치로봇암수술(최초1회한)(갱신형), 전이암표적항암약물허가치료(치료당)(갱신형) 전이암호르몬항암약물허가치료(치료당)(갱신형), 전이암항암방사선(양성자)치료(치료당)(갱신형), 전이암항암방사선(세기조절)치료(치료당)(갱신형), 암주요치료비Ⅲ(유사암제외)(연간1회한)(갱신형), 암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함)(유사암제외)(연간1회한)(갱신형) 로봇암수술(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형) 로봇암수술(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형)	90일 면책	-	×

보장명	최초계약과 부활(효력회복) 계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
		보험금 감액기간	50% 감액지급
유사암진단Ⅱ(갱신형), 뇌혈관질환진단(갱신형), 허혈심장질환진단(갱신형), 위·십이지장, 대장양성종양(폴립포함)진단(연 간1회한)(갱신형), 갑상선항진증치료(최초1회한)(갱신형), 특정바이러스질환진단(최초1회한)(갱신형), 6대기관양성종양(폴립포함)수술(연간1회한, 급 여)(갱신형), 심뇌혈관질환수술(갱신형), 뇌정위적방사선수술(연간1회한, 급여)(갱신형), 양전자방출단층촬영영상지원비(PET)(연간1회한, 급여)(갱신형),	-	최초계약일 부터 1년미만	○

보장명	최초계약과 부활(효력회복) 계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
		보험금 감액기간	50% 감액지급
암진단Ⅱ(소액암)(갱신형), 전이암표적항암약물허가치료(갱신형), 전이암호르몬항암약물허가치료(갱신형), 전이암항암방사선(양성자)치료(갱신형), 전이암항암방사선(세기조절)치료(갱신형), 항암방사선(중입자)치료(갱신형)	90일 면책	최초계약일부 터 1년미만	○
암사망 (갱신형)	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 기타피부암, 갑상선암	90일 면책 -	- ×
암직접치료입원일당 (1-180일, 요양병원제외) (갱신형), 요양병원암입원일당 (1-90일)(갱신형), 암수술(갱신형), 암수술(상급종합병원(국립 암센터포함))(갱신형), 암직접치료통원일당 (상급종합병원)(갱신형), 암직접치료통원일당 (종합병원)(갱신형)	암(유사암 제외) 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	90일 면책 -	- ×

보장명		최초계약과 부활(효력회복) 계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
			보험금 감액기간	50% 감액지급
항암방사선치료(갱신형), 항암약물치료(갱신형), 항암호르몬약물허가치료(치 료당)(갱신형), 표적항암약물허가치료(치료 당, 진단후10년)(갱신형), 항암방사선(세기조절)치료(치료당, 진단후10년)(갱신형)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	90일 면책	-	×
항암방사선(양성자)치료(치 료당, 진단후10년)(갱신형), 항암방사선치료(상급종합병 원(국립암센터포함))(갱신 형), 항암약물치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형), 암주요치료비IV(치료당, 진 단후10년)(갱신형)	기타피부암, 갑상선암	-	-	×

보장명		최초계약과 부활(효력회복) 계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
			보험금 감액기간	50% 감액지급
표적항암약물허가치료(갱신형), 항암방사선(양성자)치료(갱신형), 항암방사선(세기조절)치료(갱신형), 항암호르몬약물허가치료(갱신형), 표적항암약물허가치료(상급종합병 원(국립암센터포함))(갱신형), 항암방사선(세기조절)치료(상급중 합병원(국립암센터포함))(갱신형)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	90일 면책	최초계약일 부터 1년미만	○
	기타피부암, 갑상선암	-		
중증질환자(신규암) 산정특례대상(갱신형)	중증질환자(암) 산정특례대상질 병(유사암 및 소액암제외)	90일 면책	-	-
	소액암	90일 면책	최초계약일 부터 1년미만	○
	유사암	-	최초계약일 부터 1년미만	○
중증질환자 (중복암 및 재등록암) 산정특례대상 (갱신형)	산정 특례 대상 (중복암)	중증질환자(암) 산정특례대상질 병(유사암 제외)	90일 면책	-
		유사암	-	-
	산정특례대상 (재등록암)		5년 면책	-

보장명		최초계약과 부활(효력회 복)계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
			보험금 감액기간	50% 감액지급
암주요치료비Ⅱ (연간1회한,진단후5년)(갱신형),	암치료급여금 (기타피부암및갑상선암 제외)	90일 면책	-	-
암주요치료비Ⅱ (연간1회한,진단후10년)(갱신형),				
암주요치료비Ⅱ(상급종합 병원(국립암센터포함))(연간1회한, 진단후10년)(갱신형)	기타피부암및갑상선암치 료급여금	-	-	-
유방주요치료비(갱신형)	중증(삼중음성)유방암진 단	90일 면책	최초계약일 부터 1년미만	○
	유방바늘생검조직병리검 사비(연간1회한, 급여)	-	-	-
	특정유방병변진공흡인절 제치료비(최초1회한)	-	최초계약일 부터 1년미만	○
	유방암으로인한유방수술	90일 면책	최초계약일 부터 1년미만	○

3. 보험료 산출기초 및 공시이율

가. 보험료의 구성

보험료는 보험계약자가 보험계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 '보장보험료'와 '적립보험료'로 구성됩니다.
또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 보장순보험료, 회사가 적절한 금액을 돌려주는데 필
요한 적립순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 손해조사비로 구성됩니다.
보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료

나. 적용이율

- 이 보험의 보장부분 적용이율은 연단위 복리 2.7%입니다.
- 이 보험의 적립부분 적용이율은 '보장성 공시이율V'입니다.
단, 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%입니다.

☞ 보장부분 적용이율이란?

보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 이 기간 동안
기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데 이 할인
율을 '보장부분 적용이율'이라고 합니다. 일반적으로 보장부분 적용이율이 높
으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

☞ 적립부분 적용이율(보장성 공시이율V)란?

적립부분 적용이율(보장성 공시이율V)이란 보험회사가 장래 보험금 지급을 위하
여 계약자의 납입보험료의 일정부분을 적립해 나가는데, 이 계약자적립액을 적립
하는 이율을 의미합니다.

- (무)현대해상두배받는암보험(Hi2607)은 객관적인 외부지표금리*와 운용자산이익
률**을 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정
률을 가감하여 매월 회사가 결정하는 보장성 공시이율V에 연동되는 상품입니
다. 보장성 공시이율V가 변동될 경우 (무)현대해상두배받는암보험(Hi2607)의
적립부분 적용이율도 변동됩니다. 이 상품의 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%
입니다.

* 외부지표금리는 국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여
산출

** 운용자산이익률은 직전 1년간 운용자산에 대한 투자영업수익(보험금융수익 제
외)과 투자영업비용(보험금융비용 제외) 등을 고려하여 산출
이에 대한 보다 자세한 내용은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 (무)현대해상두배
받는암보험(Hi2607)의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

☞ 최저보증이율이란?

회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는
최저한도의 적용이율입니다.

무배당 현대해상두배받는암보험
(Hi2607) 3종

보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 보험계약(이하 ‘계약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병, 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

용 어	정 의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 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.

2. 지급사유 관련 용어

용 어	정 의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다. 다만, 신체는 신체보조장구(의수, 의족, 의안, 의치 등)를 제외하나, 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우(인공장기나 부분의치 등)는 포함합니다.

용 어	정 의
후유장해	[별표1] ‘장해분류표’에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
중요한 사항	계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

용 어	정 의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. 예시) 1차년도 이자 : 10원(100원(원금)×10%(이자)) 2차년도 이자 : 11원(110원(원금+1차년도 이자)×10%(이자))
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신형 계약의 경우 갱신일 현재의 이율을 말합니다. · 연도별 평균공시이율 확인방법 : 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) > 업무자료 > 보험 > 보험상품자료
보험계약대출이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

용 어	정 의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일, 대체공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다.



【 관련법규 】

※ 관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 석제 <2005. 6. 30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.

1. 제2조제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
- ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
사망보험금	상해로 사망한 경우	보험가입금액



【 용어해설 】

< 보험가입금액 >

보험가입금액이라 함은 보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

제3조의2 (보험료 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 '암' ('유사암' 제외)으로 진단 확정되고 계약이 소멸되지 않은 경우 에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험료 납입면제 대상 피보험자 이외의 다른 피보험자가 남아 있는 경우에는 적립보험료를 계속 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항에 따라 갱신형 계약의 보험기간 동안 보험료 납입이 면제되었더라도 해당 보험기간의 만기가 도래하여 새롭게 자동갱신 된 경우에는 납입면제를 적용하지 않으며, 계약자는 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.



【 유의사항 】

- ※ 보험료 납입면제 사유에 해당하는 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 그 사실을 회사에 알리고 보험료 납입면제를 요청하여야 합니다.
- ※ 회사는 납입면제 사유를 조사 확인하기 위해 필요하다고 인정되는 경우에는 검사결과, 진료기록부 등 증빙서류를 요청할 수 있습니다.
- ※ 회사는 계약이 해지된 이후 피보험자가 보험료 납입면제 사유에 해당하게 된 경우 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.

제4조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 '암' 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition

with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 계약에서 ‘유사암’ 이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 계약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(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.



【 용어해설 】

< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람 또는 검사의 청구에 의해 사망한 것으로 보는 법원의 결정으로 민법 제27조(실종의 선고)를 따릅니다.

- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유)의 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【 관련법규 】

※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원
: 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고,
각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

제5조의2 (납입면제에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제3조의2(보험료 납입면제) 제1항의 보장보험료 납입면제사유에 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 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.

제6조 (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 지급사유로 인한 경우와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.



【 용어해설 】

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증 >

제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 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 제3조(보험금의 지급사유)의 상해관련 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

제7조 (보험금 지급사유 등의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제8조 (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.



【 관련법규 】

※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

제9조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 보내며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- 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 제8조(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 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.



【 용어해설 】

< 가지급보험금 >

보험금 지급이 늦어지는 경우 보험수익자 청구에 따라 확정된 보험금을 먼저 지급하는 제도

- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표1] ‘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.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제20조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다.
- 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제10조 (중도인출금)

- ① 회사는 계약일부터 2년 이상 경과된 유효한 계약에 대하여 계약자의 신청이 있는 경우 매 보험년도마다 1회에 한하여 중도인출금을 지급합니다.
- 단, 중도인출금은 적립보험료를 납입하는 계약에 한하여 요청할 수 있습니다.
- ② 제1항의 중도인출금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산된 기본계약 적립부분 해약환급금(다만, 기본계약 해약환급금이 기본계약 적립부분 해약환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해약환급금을 한도로 하며, 이하 동일합니다)의 80%의 범위 내에서 신청할 수 있습니다.
- 다만, 중도인출금의 총 누적액은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 적립부분 해약환급금의 80%를 한도로 하며, 이 계약에 의한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항의 중도인출금을 지급받은 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계약자적립액에서 해당 중도인출금액을 차감합니다.
- ④ 중도인출시 기본계약 적립부분 계약자적립액에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해약)환급금이 감소합니다.



【 용어해설 】

< 보험년도 >

보험계약일부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 다음년도 8월 14일까지 1년입니다.



【 예시안내 】

< 중도인출금의 한도 >

중도인출 시점에 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 의해 산출된 금액이 아래와 같은 경우

- 기본계약 해약환급금 : 120만원
 - 기본계약 적립부분 해약환급금: 100만원
- (기본계약 적립부분 해약환급금이 기본계약 해약환급금보다 적음)
- ⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원
- ⇒ 기 신청한 대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 30만원으로 가정)
- 잔여 중도인출 가능액 = 80만원 - 30만원 = 50만원

제11조 (공시이율의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 기본계약 적립부분 계약자적립액 계산시 적용되는 이율은 매월1일 회사가 정한 보장성공시이율V(이하 ‘공시이율’이라 합니다)로 합니다.
- 단, 공시이율의 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%로 합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부 지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
- ③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.



【 용어해설 】

< 최저보증이율 >

공시이율이 낮아지더라도 회사가 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 0.3%인 경우 공시이율이 0.1%로 낮아지더라도 계약자적립액은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다.

따라서 계약자는 공시이율이 아무리 낮아지더라도 최저보증이율로 적립한 계약자

적립액은 보장받을 수 있습니다.

< 사업방법서 >

회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

< 운용자산이익률 >

사업방법서 '공시이율에 관한 사항'에 따라 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출합니다.

< 외부지표금리 >

사업방법서 '공시이율에 관한 사항'에 따라 국고채 수익률, 회사채 수익률, 통화안정증권 수익률 및 양도성예금증서 유통수익률을 고려하여 산출합니다.

제12조 (만기환급금의 지급)

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.
이 때 만기환급금은 적립순보험료에 대하여 보험료 납입일부터 제11조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.
- ② 제3조의2(보험료 납입면제) 제2항에 따라 적립보험료 납입을 중지하는 경우에는 제1항의 만기환급금은 납입중지 이전까지 계약자가 실제 납입한 적립보험료를 기준으로 계산합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항의 만기환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.
- ④ 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.



【유의사항】

< 만기환급금 계산에 관한 사항 >

보험기간 중 지급된 중도인출금이 있는 경우에는 중도인출 시점부터 만기시까지 해당 금액을 공시이율로 적립하였을 금액을 차감하여 계산한 금액을 만기환급금으로 합니다.

제13조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 이 계약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 계약의 사망당시 보장부분 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 이 계약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 회사가 적립한 이 계약의 사망당시 적립부분 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 금액을 말합니다.



【용어해설】

< 계약자적립액 및 미경과보험료 >

- **계약자적립액** : 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.
- **미경과보험료** : 계약자가 납입한 보험료 중 차회 보험료 납입시기까지 남아있는 기간에 해당하는 보험료를 말합니다. 단, 일시납 또는 월납으로 보험료를 납입하는 경우는 미경과보험료를 적립하지 않습니다.
- 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제14조 (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.



【예시안내】

< 보험금을 나누어 지급받는 경우 >

보험금 : 6,000만원, 보험금 지급일자 : 2025년 1월 1일 일 때 보험금을 일시에 지급받지 않고 3년간 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	지급액
2025년 1월 1일	2천만원
2026년 1월 1일	2천만원 × (1 + 평균공시이율)
2027년 1월 1일	2천만원 × (1 + 평균공시이율) ²

제15조 (주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으

로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 봅니다.
다만, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항에 한합니다.

제16조 (보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때의 보험수익자는 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망 보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.



【 용어해설 】

< 법정상속인 >

피상속인의 사망으로 인해 민법에서 정한 상속의 순위에서 따라 상속인이 되는 자를 말합니다.

제17조 (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 연대하여 그 책임을 집니다.



【 예시안내 】

< 계약자가 2명 이상인 경우 >

계약자가 2명 이상인 경우 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

- 연대 : 2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임이 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제18조 (계약전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다.

다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관의) 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.



【 관련법규 】

< 상법에 따른 "고지의무" >

※ 상법 제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)

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 있습니다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니합니다.

※ 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정합니다.

제19조 (상해보험 계약 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. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

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



【 용어해설 】

< 직업 >

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

< 직무 >

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

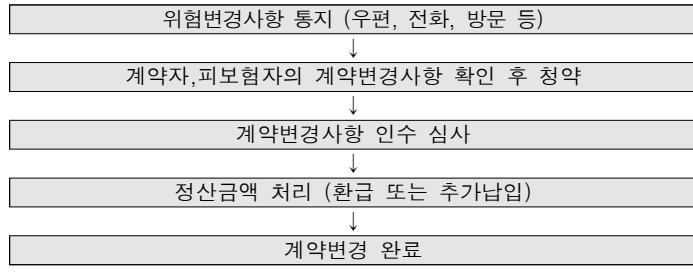
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도로 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제27조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



【 예시안내 】

< 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.



【 유의사항 】

2종(해약환급금 미지급형 I)의 경우에도 '위험이 감소 또는 증가' 된 경우 '보험료의 감액 또는 증액' 및 '정산금액의 환급 또는 추가납입' 이 발생할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율' 이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율' 이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다.
- 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【 예시안내 】

< 상해보험 계약 후 알릴 의무 조항에 따른 보험금 삭감 예시 >

계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았거나, 회사가 청구한 추가보험료를 계약자가 납입하지 않았을 경우

[보험금 : 120, 변경전 요율 : 50, 변경후 요율 : 60]

$$\bullet \text{ 삭감후 보험금} = 100 = \text{보험금}(120) \times \frac{\text{변경전 요율}(50)}{\text{변경후 요율}(60)}$$

제20조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 제18조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우
 2. 계약자 또는 피보험자가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제19조(상해보험 계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항의 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 계약체결일(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 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.
- 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때.
- 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.



【 용어해설 】

< 해지 >

현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제41조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 보험금 지급사유가 발생한 후에 제1항에 따른 계약의 해지가 이루어진 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 '반대증거가 있는 경우 이익을 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 보험금 지급사유가 발생한 후에 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 이루어진 경우에는 제19조(상해보험 계약후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제1항에 따라 보장을 제한하는 경우에는 계약자의 동의가 필요합니다.



【유의사항】

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

제21조 (사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(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.

제4관 계약의 성립과 유지

제22조 (계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가

입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다.
 - 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
 - ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절하는 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드리며, 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.



【용어해설】

보험료는 계약자가 계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 '보장보험료'와 '적립보험료'로 구성되어 있습니다.

또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 보장순보험료, 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 적립순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 보험금 지급 조사를 위한 손해조사비로 구성됩니다.

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
 보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비
 적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료

- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

【유의사항】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ⑥ 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제23조 (피보험자의 범위)

이 계약에서 피보험자라 함은 보험증권에 기재된 피보험자 본인을 말합니다.

제24조 (청약의 철회)

- ① 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.

**【 용어해설 】****< 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 전문금융소비를 말합니다.

< 일반금융소비자 >

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약을 한 날부터 30일(다만, 만65세이상의 계약자가 전화를 통해 체결한 계약은 청약을 한 날부터 45일)을 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

**【 관련법규 】**

※ 금융소비자보호에 관한 법률 제46조(청약의 철회)에서 정한 청약철회 가능 기간 : 일반금융소비자가 상법 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간

- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 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 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 제1항의 보험증권을 받은 날에 대하여 다툼이 발생한 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 계약자에게 청구할 수 없습니다.
- ⑦ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- 다만, 계약자가 보험금의 지급사유가 발생한 사실을 알면서 해당 계약의 청약을 철회한 경우에는 청약철회의 효력이 발생합니다.

제25조 (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 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시
- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약전 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.

**【 용어해설 】****< 통신판매계약 >**

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 계약자는 다음 각 호의 경우에 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공된 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
 2. 계약자가 청약할 때 회사가 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
 3. 계약자가 계약을 체결할 때까지 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 경우

**【 용어해설 】****< 약관의 중요한 내용 >**

금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명 의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 보통약관 및 특약별로 보장하는 사망, 질병, 상해 등 주요 위험 및 보험금
- 위험보장사항 및 각각의 보험료 및 보험료 납입기간
- 청약의 철회에 관한 사항(기한·행사방법·효과 등)
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항(납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실 포함)

- 민원처리 및 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 해약환급금이 지급되지 않는 해약환급금 미지급형 상품의 경우 해지시 해약환급금이 지급되지 않는다는 사실 및 동일한 보장내용으로 해약환급금을 지급하는 상품에 관한 사항
- 저축성보험 계약의 경우 납입보험료 중 사업비 등이 차감된 일부 금액만 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 내용
- 연계·재휴서비스등의 내용 및 이행책임에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

< 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

- 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 다음 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 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제26조 (계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 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 시행령 제44조의2에

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.



【 용어해설 】

< 심신상실자 >

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

< 심신박약자 >

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률행위는 취소할 수 있습니다.

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.

제27조 (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 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서 계약자는 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.



【유의사항】

< 계약자의 보험수익자 변경 통지 >

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 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 제41조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 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.



【유의사항】

< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >

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

제28조 (보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
다만, 제26조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
다만, 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.



【예시안내】

< 보험나이 계산 >

생년월일 : 1994년 3월 3일, 현재(계약일) : 2024년 10월 13일
 ⇒ 2024년 10월 13일 - 1994년 3월 3일 = 30년 7개월 10일 = 31세
 ※ 피보험자의 주민등록상 생년월일 및 성별을 기준으로 합니다.

< 계약해당일 >

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

계약일: 2024년 10월 13일 ⇒ 계약해당일: 매년 10월 13일
 단, 계약해당일 2월 29일이 없을 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 합니다.

< 나이 또는 성별의 정정 기준 >

청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 따라 계약이 체결되었으나, 신분증에 기재된 사실내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정합니다.

제29조 (계약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제30조 (계약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 월 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다,
다만, 갱신계약의 적립보험료는 계약자의 요청이 있는 경우 갱신시점에 적립보험료를 재설정하여 납입할 수 있습니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.



【예시안내】

< 43세 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 53세, 63세, 73세, 83세, 93세
 ⇒ 93세 갱신시점에서 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
- ⑥ 회사는 갱신계약에 대하여 별도의 보험증권을 발행하며, 적립보험료는 납입하는 갱신계약에 대해서는 경과기간별 해약환급금표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ⑦ 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료는 계속 납입하여야 합니다.
- ⑧ 회사는 이 계약의 보험기간 종료일 시점에 유효한 보장에 한하여 자동갱신하여 드립니다.
- ⑨ 제5항에도 불구하고 법령 및 표준약관의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다. 이 경우 제1항에도 불구하고 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약의 보험료, 약관 변경내역 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면(등기우편), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드리고, 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매 계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다. 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 자동으로 갱신되며, 계약자가 갱신을 원하지 않는 경우 갱신일에 갱신전 계약은 만료됩니다.
- ⑩ 제9항의 통지를 받은 날부터 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 자동으로 갱신하여 드립니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 회사는 갱신일 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급해드립니다.

제5관 보험료의 납입

제31조 (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.
- ② 회사는 계약자가 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 합니다.
다만, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.



【 용어해설 】

< 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.

- ④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제18조(계약전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제20조(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.

제32조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입면제와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료(적립 부분에 대한 계약자의 갱신요청이 없는 경우에는 보장보험료에 한합니다)를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제33조 (제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다.
다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.



【 용어해설 】

< 납입기일 >

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 이 경우 적립보험료는 보험료 납입일부터 제11조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 적립하여 드리고, 3개

월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 보장보험료에 한하여 평균공시이율로 할인하여 드립니다.

- ③ 제2항의 경우 계약이 보험기간 중에 소멸 또는 변경되거나 보험료 납입이 연체되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 보장보험료는 평균공시이율로, 적립보험료는 제11조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제34조 (보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제35조(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 제42조(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 알려 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 다음 제1호의 금액이 제2호의 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
1. 제1항의 규정에 의한 대출금과 이자를 더한 금액
다만, 이자는 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율로 계산합니다.
 2. 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액
- 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 제41조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입 기간이 종료되거나 제2항에 따라 자동대출납입을 더 이상 할 수 없는 경우, 이를 최초 도래하는 납입일로부터 15일 이전까지 서면, 전화 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

제35조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
1. 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

3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용
 - ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
 - 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 속도와음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ④ 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자에게도 제1항에 따른 내용을 알려 드립니다.
- ⑤ 보험료 납입이 연체중이라도 계약의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하며, 계약의 해지 전에 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 계약을 해지하지 않고 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ⑥ 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑦ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제41조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.



【 용어해설 】

< 납입최고(독촉) >

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

제36조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제35조(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.

- ② 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보장보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제18조(계약전 알릴 의무), 제20조(알릴 의무 위반의 효과), 제21조(사기에 의한 계약), 제22조(계약의 성립) 및 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제18조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제20조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제37조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 제27조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 지정한 보험수익자에게 해지된 날부터 7일 이내에 통지합니다.
- ② 제1항에 의하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약하고자 하는 해지 당시의 보험수익자는 계약자의 동의를 얻고, 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하여야 합니다.
- ③ 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정한 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 이행할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 제1항 및 제2항에 의한 보험수익자의 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.



【용어해설】

< 강제집행과 담보권실행 >

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

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

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

해약환급금을 지급하게 됩니다.

- 추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차 없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
- 전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >

국세 및 지방세 체납처분 절차란 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.

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

제38조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제41조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제26조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래에 한하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제41조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조의2 (위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 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 제41조(해약환급금) 제5항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.



【 용어해설 】

<위법계약>

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

제39조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 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 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.



【 유의사항 】

< 이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급 >

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

다만, 이 경우에도 회사는 이미 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제41조 (해약환급금)에서 정한 해약환급금을 지급합니다.

제40조 (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 제41조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제41조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 '보험료 및 해약환급산출방법서'에 따라 계산합니다.
- ② 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.



【 유의사항 】

< 해약환급금 계산에 관한 사항 >

계약이 해지되기 전 지급된 중도인출금이 있는 경우에는 중도인출 시점부터 해지할 때까지 해당 금액을 공시이율로 적립하였을 금액을 차감하여 계산한 금액을 해약환급금으로 합니다.

- ③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ⑤ 제38조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제42조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다.
- 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출원금과 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 제35조(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.

제43조 (배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제44조 (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 「금융

소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정 절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제45조 (관할법원)

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

제46조 (소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액 및 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.



【유의사항】

< 소멸시효의 완성 >

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2020년 1월 1일에 발생하였음에도 2023년 1월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제47조 (약관의 해석)

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



【용어해설】

< 신의성실의 원칙 >

계약관계의 당사자는 권리를 행사하거나 의무를 이행할 때 상대방의 정당한 이익을 배려해야 하고 신뢰를 저버리지 않도록 행동해야 한다는 원칙을 말합니다.
※ 민법 제2조(신의성실) ①권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

제48조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 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.



【용어해설】

< 보험안내자료 >

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제49조 (회사의 손해배상책임)

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



【용어해설】

< 현저하게 공정을 잃은 합의 >

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

제50조 (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.

제51조 (준거법)

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

제52조 (예금보험에 의한 지급보장)

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

**【 용어해설 】****< 예금자보호제도 >**

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 및 환급금을 각각 예금자 1인당 1억원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

[부표1]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율	
승낙거절로 제1회보험료 반환		보험료를 받은 기간	평균공시이율 + 1% (단, 신용카드 매출은 이자 없음)	
청약 철회로 기납입보험료 반환		반환기일주)다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율 (단, 신용카드 매출은 이자 없음)	
계약 무효로 기납입보험료 반환	회사의 고의/과실로 계약무효 또는 회사가 승낙 전에 무효를 알았으나 보험료를 반환하지 않은 경우	보험료 납입 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율	
보통약관 및 특별약관 보장 보험금	지급기일주) 이내에 보험금을 지급하지 않은 경우	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율	
		지급기일의 31일이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율주)(4.0%)	
		지급기일의 61일이후 부터 90일 이내 기간	보험 계약 대출 이율+ 가산이율(6.0%)	
		지급기일의 91일이후 기간	보험 계약 대출 이율+ 가산이율(8.0%)	
만기환급금 (1종에 한함)	회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알린 경우	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	공 시 이 율 의 50%
			1년 초과	공 시 이 율 의 40%
	회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알리지 않은 경우		공시이율	
			환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간	

구 분	적립기간	적립이율	
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
		1년 초과	공시이율의 40%
	환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- ※ 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.
- ※ 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.
- ※ 보험사가 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.
- ※ 보험금의 지연이자에 대해서는 기타소득세가 공제됩니다.

- (주) 1. 반환기일 : 청약 철회 접수날부터 3영업일
2. 지급기일
- 신체손해/비용손해 보험금 : 보험금 청구서류 접수일부터 3영업일
 - 재물손해/배상책임손해 보험금 : 지급보험금 결정일부터 7일
3. 가산이율
- (무)현대해상두배받는암보험(Hi2607) 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 - 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 - 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

특별약관

해당 특별약관에서 '보통약관'이라 함은
무배당 현대해상두배받는암보험(Hi2607) 3종
보통약관을 말합니다.

1. 질병관련 특별약관

1-1 암진단 II (일반암)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘소액암’ , ‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
암진단 (일반암)보험금	‘암’ (‘소액암’ , ‘유사암’ 제외) 으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액

제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암)’ 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘소액암’ 이라 함은 제1항에서 정한 ‘암’ 중에서 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 악성신생물(암)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

- ③ 이 특약에서 ‘유사암’ 이라 함은 제4항에서 정한 ‘기타피부암’ , 제5항에서 정한 ‘갑상선암’ , 제7항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제8항에서 정한 ‘경계성종양’ 을 총칭합니다.

- ④ 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑧ ‘암’ (‘소액암’ , ‘유사암’ 제외)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 합니다.이 경우 ‘암’ (‘소액암’ , ‘유사암’ 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘소액암’ , ‘유사암’ 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제8항에 따른 진단방법이 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 제8항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
- 다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘유사암’ , ‘소액암’ 제외) ’ 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘유사암’ , ‘소액암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘유사암’ , ‘소액암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ , ‘소액암’ 제외) ’ 에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 피보험자가 제1항 내지 제2항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 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.

다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘유사암’ , ‘소액암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ , ‘소액암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단(일반암)보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-2 암진단Ⅱ(소액암)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘소액암’ 으로 진단확정된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상	
암진단 (소액암) 보험금	‘소액암’ 으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조 (소액암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘소액암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 악성신생물(암)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

- ② ‘소액암’ 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 합니다.
이 경우 ‘소액암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘소액암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제2항에 따른 진단방법이 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 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘소액암’ 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘소액암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘소액암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘소액암’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘소액암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘소액암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단(소액암)보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-3 유사암진단Ⅱ(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

보험금의 종류		지급 금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상	
1. 기타피부암 진단보험금	‘기타피부암’ 으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입 금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입 금액의 100% 해당액	
2. 갑상선암 진단보험금	‘갑상선암’ 으로 진단확정된 경우			
3. 제자리암 진단보험금	‘제자리암’ 으로 진단확정된 경우			
4. 경계성종양 진단보험금	‘경계성종양’ 으로 진단확정된 경우			

제2조 (기타피부암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’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 합니다. 이 경우 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제6항에 따른 진단방법이 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 제5항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 갱신계약에서 피보험자에게 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된

질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【유의사항】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ③ 제2항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

- ① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암진단보험금, 갑상선암진단보험금, 제자리암진단보험금 및 경계성종양진단보험금의 지급사유가 모두 발생한 경우에는 이 특약은 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항 이외에도 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-4 전이암진단(최초1회한)(갱신형)보장 특별약관

전이암진단(최초1회한)(갱신형)보장 특별약관은 ‘림프절전이암진단(최초1회한)(갱신형)’ 및 ‘특정전이암진단(최초1회한)(갱신형)’의 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단 확정된 경우에는 전이암 구분(림프절전이암 또는 특정전이암)에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
1. 림프절전이암진단 (최초1회한) 보험금	‘림프절전이 암’ 으로 진단 확정된 경우	‘림프절전이암진단 (최초1회한)’ 보장 보험가입금액
2. 특정전이암진단 (최초1회한) 보험금	‘특정전이암’ 으로 진단 확정된 경우	‘특정전이암진단 (최초1회한)’ 보장 보험가입금액

제2조 (‘전이암’ 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’ 이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’ 을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’ 에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’ 에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’ 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘전이암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘전이암’ 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘전이암’ 에 대한 보장개시일 >



- ② 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘전이암’ 에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘전이암’ 에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 제1항 내지 제2항의 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 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.

다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제6조 (특약의 소멸)

- ① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프절전이암진단보험금 및 특정전이암진단보험금에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프절전이암진단보험금 및 특정전이암진단보험금의 지급사유가 모두 발생한 경우에는 이 특약은 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제1항 이외에도 피보험자가 사망한 경우에는 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-5 특정암진단(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '특정암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
특정암진단보험금	'특정암'으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (특정암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 '특정암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표6] '특정암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② '특정암'의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '특정암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '특정암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제2항에 따른 진단방법이 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 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘특정암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【예시안내】

< ‘특정암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘특정암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따

라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘특정암’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- ③ 피보험자가 제1항 내지 제2항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 제2조(악관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘특정암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘특정암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (악관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-6 남성생식기암진단(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘남성생식기암’으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
남성생식기암진단 보험금	‘남성생식기암’으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (남성생식기암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘남성생식기암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] ‘남성생식기암 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② ‘남성생식기암’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 합니다.이 경우 ‘남성생식기암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘남성생식기암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제2항에 따른 진단방법이 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 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

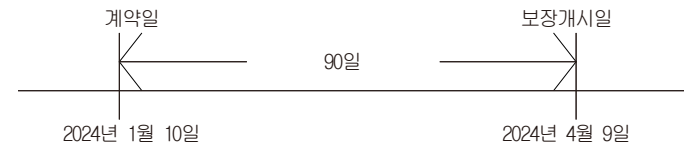
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘남성생식기암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘남성생식기암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘남성생식기암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘남성생식기암’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 제1항 내지 제2항의 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘남성생식기암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘남성생식기암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 남성생식기암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생

한 경우를 포함합니다.

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

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-7 여성특정암진단(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘여성특정암’으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
여성특정암진단 보험금	‘여성특정암’으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (여성특정암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘여성특정암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표14] ‘여성특정암 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② ‘여성특정암’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 합니다. 이 경우 ‘여성특정암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘여성특정암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< '제2항에 따른 진단방법이 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 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)' 이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)' 로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

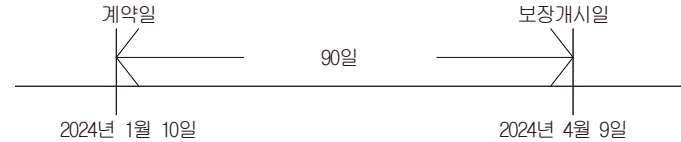
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '여성특정암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일 이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '여성특정암'에 대한 보장개시일>



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '여성특정암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '여성특정암'에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 제1항 내지 제2항의 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '여성특정암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '여성특정암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성특정암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-8 중증갑상선암진단(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘중증갑상선암’으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
중증갑상선암 진단보험금	‘중증갑상선암’으로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조(‘갑상선암’ 및 ‘중증갑상선암’의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말하며, ‘중증갑상선암’이라 함은 ‘갑상선암’ 중에서 ‘수질성암(Medullary carcinoma)’ 또는 ‘역형성암(Anaplastic carcinoma)’에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② ‘갑상선암’ 및 ‘중증갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 또한, 회사가 ‘중증갑상선암’의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 이 경우 ‘갑상선암’ 및 ‘중증갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘갑상선암’ 및 ‘중증갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제2항에 따른 진단방법이 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 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상조건이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

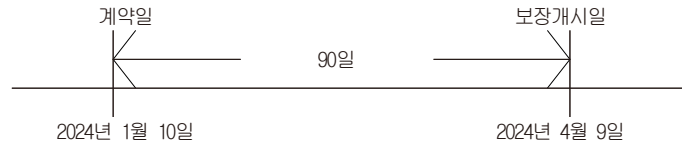
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘중증갑상선암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【예시안내】

< ‘중증갑상선암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘중증갑상선암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘중증갑상선암’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- ③ 피보험자가 보험기간 중에 제1항 내지 제2항의 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘중증갑상선암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘중증갑상선암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가
죽관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-9 재진단암진단Ⅱ(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘재진단암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ , ‘전립선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
재진단암 진단보험금	‘재진단암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ , ‘전립선암’ 제외)으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 특약에서 ‘전립선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 061)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 특약에서 ‘유사암’ 이라 함은 제2항에서 정한 ‘기타피부암’ , 제4항에서 정한 ‘갑상선암’ , 제6항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제7항에서 정한 ‘경계성종양’ 을 총칭합니다.
- 이 특약에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 특약에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 특약에서 ‘재진단암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ , ‘전립선암’ 제외)이라 함은 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 ‘재진단암’ 에 대한 보장개시일

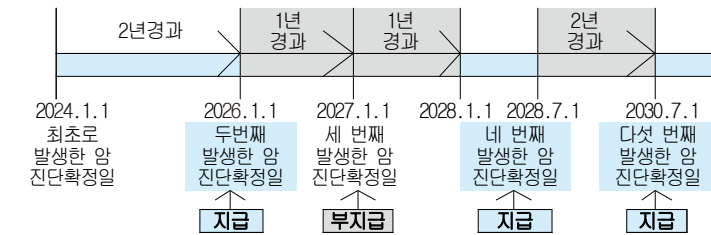
이후 진단확정된 다음 각 호의 ‘암’ 을 말합니다.

다만, ‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’ 은 제외합니다.

- 새로운 원발암
- 동일 장기 또는 타부위에 전이된 암
- 동일 장기에 재발된 암
- ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 이후 발생한 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ , ‘전립선암’ 제외) 진단부위에 ‘암’ 세포가 남아 있는 경우

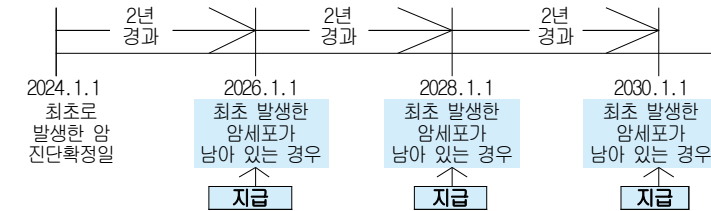
< 예시1 : 제8항 제1호 내지 제3호의 예시 >

새로운 원발암, 동일 장기 또는 타부위 전이암, 동일 장기에 재발암(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ , ‘전립선암’ 제외)



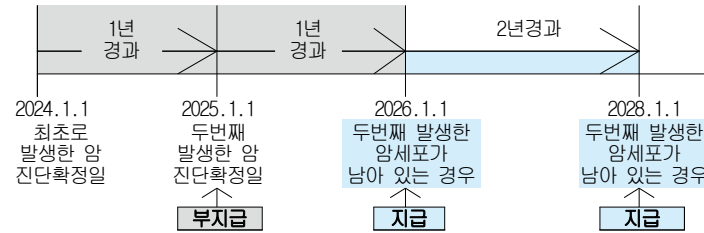
< 예시2 : 제8항 제4호의 예시 >

최초로 발생한 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ , ‘전립선암’ 제외) 진단부위에 ‘암’ 세포가 남아 있는 경우



< 예시3 : 제8항 제4호의 예시 >

‘암’ (‘유사암’ 제외) 보장개시일 이후 발생한 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘전립선암’ 제외) 진단부위에 ‘암’ 세포가 남아 있는 경우



- ⑨ ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑩ ‘재진단암’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 합니다. 이 경우 ‘재진단암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑪ 제9항 및 제10항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 및 ‘재진단암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제9항 및 제10항에 따른 진단방법이 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

단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

【 예시안내 】

<보조적 또는 예방적 암치료 예시>

- 혈액암의 완전관해(Complete remission)상태에서의 치료
- 추적관찰을 위한 치료

- ⑫ 제9항 내지 제10항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적 검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암방사선치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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. 마용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【용어해설】

【신의료기술평가위원회】

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

【예시안내】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술 · 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개 또는 배농술 · 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - 전기도작술 · IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

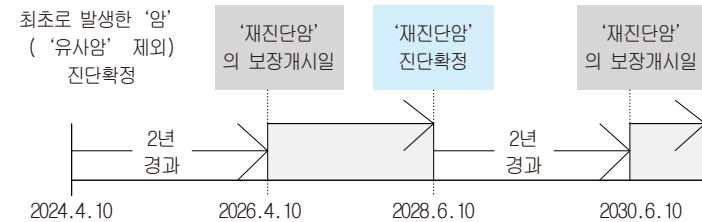
제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '재진단암' ('기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' 제외)에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.(이하 '재진단암' ('기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , 제외)은 '재진단암' 이라 합니다)

1. 첫 번째 재진단암 : 최초로 발생한 '암' ('유사암' 제외) 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
2. 두번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

【예시안내】

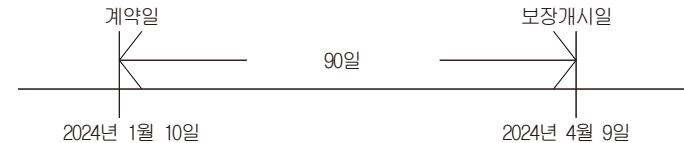
< '재진단암'에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에서 최초로 발생한 '암' ('유사암' 제외)이라 함은 이 특약약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후 최초로 '암' ('유사암' 제외)으로 진단확정된 경우를 말합니다.
- ③ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약약관에서 '암' ('유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【예시안내】

< '암' ('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >



- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 '암' ('유사암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' ('유사암' 제외)에 대하여 제3항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑤ 피보험자가 제1항 내지 제2항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못

할 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 ‘재진단암’ 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 내에 제2조(암 등의 정의 및 진단확정) 제8항 제1호 내지 제4호의 ‘암’으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단 확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조 (특약의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산한 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 이를 지급합니다.
또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 알려 드립니다.
 1. 잔여보험기간이 그 날을 포함하여 2년이 되는 날까지 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정되지 않은 경우
 2. 피보험자가 ‘재진단암’으로 진단확정되고, 보험기간종료일이 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 2년이내인 경우
- ② 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가

족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (특약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 ‘갱신계약’이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시를 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 ‘갱신종료나이’라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 [갱신종료나이-2]세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 [갱신종료나이-2]세 이상인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.



【 예시안내 】

< 48세 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 58세, 68세, 78세, 88세, 98세, 99세
⇒ 98,99세 갱신시점에서 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 10년만기로 갱신하지 않고 1년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 제4항에도 불구하고 피보험자에게 [갱신종료나이-2]세까지 최초로 발생한 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정되지 않은 경우에는 이 특약은 [갱신종료나이-2]세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
- ⑧ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료는 계속 납입하여야 합니다.
- ⑨ 제6항에도 불구하고 법령 및 표준약관의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다. 이 경우 제1항에도 불구하고 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약의 보험료, 약관 변경내역 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면(등기우편), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드리고, 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매 계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다. 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 자동으로 갱신되며, 계약자가 갱신을

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

원하지 않는 경우 갱신일에 갱신전 계약은 만료됩니다.

- ⑩ 제9항의 통지를 받은 날부터 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 회사는 갱신일 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급해드립니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-10 재진단암진단(기타피부암및갑상선암)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 재진단 '기타피부암' 및 '갑상선암' 으로 진단확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
재진단 기타피부암 및 갑상선암 진단보험금	재진단 '기타피부암' 및 '갑상선암' 으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

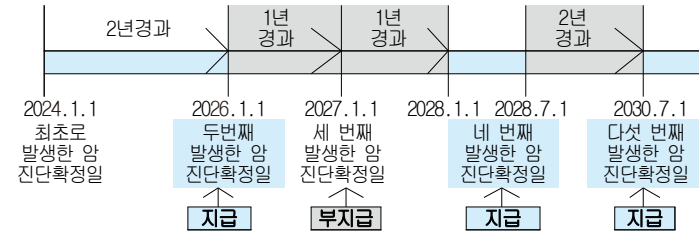
제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- 이 특약에서 '암' 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- 이 특약에서 '기타피부암' 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 특약에서 '갑상선암' 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 특약에서 재진단 '기타피부암' 및 '갑상선암' 이라 함은 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 '암' 을 말합니다.
 - 새로운 원발암
 - 동일 장기 또는 타부위에 전이된 암
 - 동일 장기에 재발된 암

4. 보험기간 중에 발생한 '기타피부암' 및 '갑상선암' 진단부위에 '기타피부암' 및 '갑상선암' 세포가 남아있는 경우

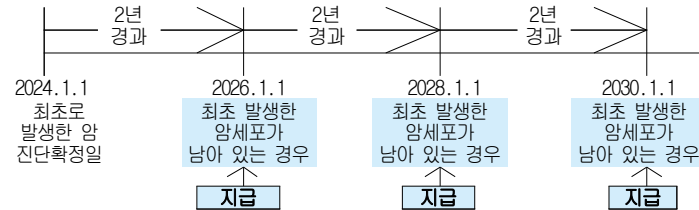
< 예시1 : 제8항 제1호 내지 제3호의 예시 >

새로운 원발암, 동일 장기 또는 타부위 전이암, 동일 장기에 재발암('기타피부암' , '갑상선암')



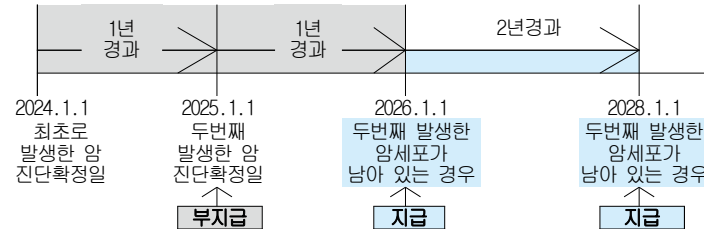
< 예시2 : 제8항 제4호의 예시 >

최초로 발생한 '기타피부암' , '갑상선암' 진단부위에 '암' 세포가 남아 있는 경우



< 예시3 : 제8항 제4호의 예시 >

보험기간 중에 발생한 '기타피부암' 및 '갑상선암' 진단부위에 '기타피부암' 및 '갑상선암' 세포가 남아 있는 경우



- ⑤ 제4항에서 '새로운 원발암'이란 원발부위에 발생한 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 첫번째 '기타피부암' 및 '갑상선암' 또는 재진단 '기타피부암' 및 '갑상선암'과 다른 조직병리학적 특성을 가진 '기타피부암' 및 '갑상선암'을 말합니다.
- ⑥ 제4항에서 '전이암'이란 원발부위에 발생한 '기타피부암' 및 '갑상선암'의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과 정을 거쳐 증식하는 '기타피부암' 및 '갑상선암'을 말합니다.
- ⑦ 제4항에서 '재발암'이란 첫 번째 '기타피부암' 및 '갑상선암' 또는 재진단 '기타피부암' 및 '갑상선암'과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로서 치료를 통해 몸에서 첫 번째 '기타피부암' 및 '갑상선암' 또는 재진단 '기타피부암' 및 '갑상선암'의 암세포를 제거한 후 그 첫 번째 '기타피부암' 및 '갑상선암' 또는 재진단 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 인하여 새롭게 '기타피부암' 및 '갑상선암'이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 '기타피부암' 및 '갑상선암'을 말합니다.
- ⑧ '기타피부암' 및 '갑상선암'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 합니다. 이 경우 '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 재진단 '기타피부암' 및 '갑상선암'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 합니다. 이 경우 재진단 '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑩ 제8항 및 제9항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제8항 및 제9항에 따른 진단방법이 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

단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

【 예시안내 】

<보조적 또는 예방적 암치료 예시>

- 혈액암의 완전관해(Complete remission)상태에서의 치료
- 추적관찰을 위한 치료

- ⑩ 제8항 내지 제9항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적 검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암방사선치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【용어해설】

[신의료기술평가위원회]

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

【예시안내】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

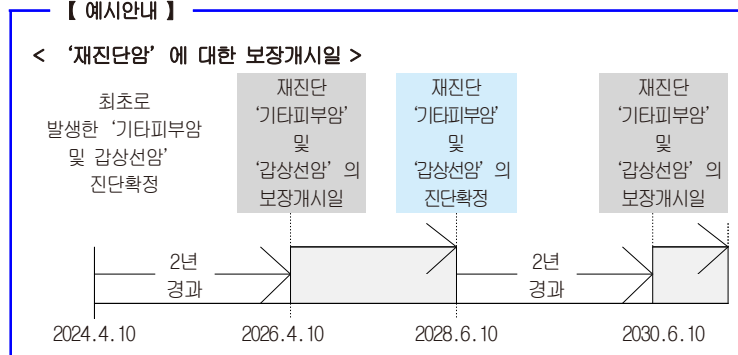
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 재진단 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 첫 번째 재진단 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ : 최초로 발생한 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
 2. 두번째 이후 재진단 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ : 직전 재진단 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난

날의 다음날



- ② 제1항에서 최초로 발생한 '기타피부암' 및 '갑상선암' 이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 최초로 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단확정된 경우를 말합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 제1항 및 제2항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 다만, 회사가 제8조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 재진단 '기타피부암' 및 '갑상선암' 진단보험금 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 내에 제2조(암 등의 정의 및 진단확정) 제4항 제1호 내지 제4호의 재진단 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조 (특약의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산한 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 이를 지급합니다.

또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 알려 드립니다.

1. 잔여보험기간이 그 날을 포함하여 2년이 되는 날까지 피보험자가 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단확정되지 않은 경우
 2. 피보험자가 재진단 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단확정되고, 보험기간종료일이 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이내인 경우
- ② 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (특약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
- 다만, 갱신시점에서 [갱신종료나이-2]세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 [갱신종료나이-2]세 이상인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.



【 예시안내 】

< 48세 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 58세, 68세, 78세, 88세, 98세, 99세

⇒ 98,99세 갱신시점에서 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 10년만기로 갱신하지 않고 1년만기로 갱신합니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

- ③ 제4항에도 불구하고 피보험자에게 [갱신종료나아-2]세까지 최초로 발생한 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단확정되지 않은 경우에는 이 특약은 [갱신종료나아-2]세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
- ⑧ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료는 계속 납입하여야 합니다.
- ⑨ 제6항에도 불구하고 법령 및 표준약관의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다. 이 경우 제1항에도 불구하고 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약의 보험료, 약관 변경내역 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면(등기우편), 전화(음성통화) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드리고, 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매 계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다. 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 자동으로 갱신되며, 계약자가 갱신을 원하지 않는 경우 갱신일에 갱신전 계약은 만료됩니다.
- ⑩ 제9항의 통지를 받은 날부터 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 회사는 갱신일 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급해드립니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-11 중증질환자(신규암)산정특례대상(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」으로 진단확정되고, 그 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」을 직접적인 원인으로 「산정특례 신규암 등록」이 된 경우에는 아래 각호의 보험금을 각각 최초1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 「특별약관」은 「특약」, 「이 특별약관의 보험기간」은 「보험기간」이라 합니다).

- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환(‘유사암’ 및 ‘뇌수막의 양성신생물’ 제

외)’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘중증 질환자(암) 산정특례대상질환(‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- 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.
- ④ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 ‘중증질환자(암) 산정특례’ 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(암) 산정특례대상 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조 (중증질환자(암) 산정특례대상질환 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’ 이라 함은 [별표29] ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환 분류표’에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘소액암’ 이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질환 중 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 악성신생물(암)에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

- ③ 이 특약에서 ‘유사암’ 이라 함은 제4항에서 정한 ‘기타피부암’, 제5항에서 정한 ‘갑상선암’, 제6항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제7항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질환 중 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질환 중 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질환 중 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질환 중 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑧ 이 특약에서 ‘뇌·수막의 양성신생물’ 이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질환 중 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 수막의 양성신생물(분류코드 D32)과 뇌 및 기

타 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물(분류번호 D33)에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑨ ‘중증질환자(암) 산정특례대상’ (‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)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 합니다. 이 경우 ‘중증질환자(암) 산정특례대상’ (‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑩ 제9항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘중증질환자(암) 산정특례대상’ (‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제9항에 따른 진단방법이 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 ‘뇌·수막의 양성신생물’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과 의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 ‘뇌·수막의 양성신생물’의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑩ ‘뇌·수막의 양성신생물’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과 의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 ‘뇌·수막의 양성신생물’의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (‘산정특례 신규암 등록’ 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘산정특례 신규암 등록’ 이라 함은 보험기간 중에 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 ‘신규암’으로 [별표28] ‘중증질환자(암) 산정특례대상 분류표’에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘신규암’ 이라 함은 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제7조에 의해 등록된 암 중 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 ‘신규암’으로 표기된 경우를 말합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 개정으로 산정특례적용기

준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【 관련법규 】

< 본인일부부담금 산정특례 제도 >

- 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도
- ‘중증질환자(암) 산정특례대상’에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자(암) 산정특례 대상질환으로 확인한 경우 ‘건강보험 산정특례 등록 신청서’를 작성하여 건강보험공단 지사 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.

제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.
 1. 법령의 개정에 따라 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제도의 변경으로 ‘중증질환자(암) 산정특례대상’ 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 ‘계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해질 수가 있는 등’의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

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, 정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비세부내역서(산정특례 적용영수증), 진료기록부 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.

【 관련법규 】

※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 신규암

에 해당하는 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환(‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제9조 (특약의 소멸)

- ① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 산정특례대상(신규암(유사암및 소액암제외))보장보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제1호 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 산정특례대상(신규암(소액암)) 보장보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제2호 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제3호에서 정한 산정특례대상(신규암(유사암)) 보장보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제3호 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-12 중증질환자(중복암및재등록암)산정특례대상(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 중복암 : 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제3항에서 정한 보장개시일 이후 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’으로 진단확정되고, 그 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’을 직접적인 원인으로 ‘산정특례 중복암 등록’이 된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
산정특례대상 (중복암)보장보험금	‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’으로 진단확정되고, ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’으로 ‘산정특례 중복암 등록’이 된 경우	이 보장 보험가입금액

- ② 재등록암: 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 및 제3항에서 정한 보장개시일 이후 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’으로 진단확정되고, 그 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’을 직접적인 원인으로 ‘산정특례 재등록암 등록’이 된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
산정특례대상 (재등록암)보장 보험금	‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’으로 진단확정되고, ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’으로 ‘산정특례 재등록암 등록’이 된 경우	이 보장 보험가입금액

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금 지급사유) 제1항의 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환(‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, ‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

특별
약관

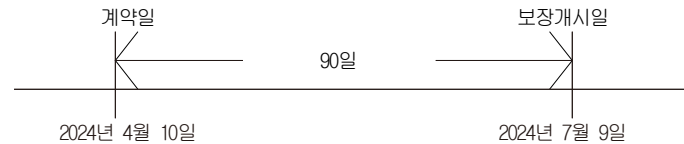
질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

< ‘중증질환자(암) 산정특례대상질병(‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물 제외)’에 대한 보장개시일 >



- < ‘중증질환자(암) 산정특례대상 재등록암’에 대한 보장개시일 >



습니다.

제4조 (‘산정특례 중복암 등록’ 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘산정특례 중복암 등록’ 이라 함은 보험기간 중에 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 ‘중복암’ 으로 [별표28] ‘중증질환자(암) 산정특례대상 분류표’ 에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘산정특례 재등록암 등록’ 이라 함은 보험기간 중에 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제8조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 ‘재등록암’ 으로 [별표28] ‘중증질환자(암) 산정특례대상 분류표’ 에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘중복암’ 이라 함은 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제7조 제4항에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 ‘중복암’ 으로 표기된 경우를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘재등록암’ 이라 함은 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제8조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 ‘재등록암’ 으로 표기된 경우를 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘신규암’ 이라 함은 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제7조에 의해 등록된 암 중 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 ‘신규암’ 으로 표기된 경우를 말합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고, ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【 관련법규 】

< 본인일부부담금 산정특례 제도 >

- 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도
- ‘중증질환자(암) 산정특례대상’ 에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자(암) 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 ‘건강보험 산정특례 등록 신청서’ 를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EOI 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(암) 산정특례 중복암>

- ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 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 진단확진일 부터 적용한다.

< 중증질환자(암) 산정특례 재등록>

- ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제8조(산정특례 재등록) 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조각의 제거소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 ‘법령’ 이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.
 1. 법령의 개정으로 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정으로 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제도의 변경으로 ‘중증질환자(암) 산정특례대상’ 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 ‘계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해질 수가 있는 등’ 의 사유로 금융위원회 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

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, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비세부내역서(산정특례 적용영수증), 진료기록부 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.

【 관련법규 】

※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과 의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양 병원, 정신병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (특약의 무효)

- ① 보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’ (‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 신규암에 해당하는 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’ (‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료 (계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
- ② 제1항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’ (‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물’

제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 중복암에 해당하는 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’ (‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제1항의 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

- ③ 제1항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항의 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’ 보장개시일 전일 이전에 재등록암에 해당하는 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제1항의 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
- ④ 다만, 제1항 및 제2항에 대하여 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약 대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조 (특약의 소멸)

- ① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 산정특례대상(중복암)보장 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제1항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 산정특례대상(재등록암)보장 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제2항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 잔여보험기간이 그 날을 포함하여 5년이 되는 날까지 신규암에 해당하는 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질환’로 진단확정된 적이 없는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제2항 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산한 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 이를 지급합니다.
- 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 알려 드립니다.
- ④ 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (특약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 [갱신종료나이-5]세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 [갱신종료나이-5]세 이상인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.



【 예시안내 】

< 48세 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 58세, 68세, 78세, 88세, 95세

⇒ 88세 갱신시점에서 95([갱신종료나이-5]시점)까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 10년만기로 갱신하지 않고 7년만기로 갱신하고, 95세 갱신시점에 5년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 제4항에도 불구하고 피보험자에게 [갱신종료나이-5]세까지 신규암에 해당하는 '중증질환자(암) 산정특례대상질환' 으로 진단확정된적이 없는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 보장은 [갱신종료나이-5]세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
- ⑧ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료는 계속 납입하여야 합니다.
- ⑨ 제6항에도 불구하고 법령 및 표준약관의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다. 이 경우 제1항에도 불구하고 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약의 보험료, 약관 변경내역 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면(등기우편), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드리고, 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매 계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다. 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 자동으로 갱신되며, 계약자가 갱신을 원하지 않는 경우 갱신일에 갱신전 계약은 만료됩니다.
- ⑩ 제9항의 통지를 받은 날부터 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표

시가 없을 때(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 회사는 갱신일 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급해드립니다.

제11조 (중용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-13 암주요치료비 II (연간1회한,진단후5년)(갱신형)보장 특별약관

암주요치료비 II(연간1회한, 진단후5년)(갱신형) 보장 특별약관은 아래와 같이 구성되어 있습니다.

- 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)(갱신형)보장
- 기타피부암및갑상선암치료급여금(갱신형)보장

1-13-1 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정되고, '보험금 지급기간' 이내에 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 암치료급여금('기타피부암' , '갑상선암' 제외)은 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 5회 지급) 합니다.

보험금의 종류		지급금액
암치료급여금 ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)	'암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한도, 최대 5회 지급)

- ② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 암('기타피부암' , '갑상선암' 제외) 최초 진단확정일로부터 5년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ③ 제1항에서 연간 이라 함은 암('기타피부암' , '갑상선암' 제외) 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 '매년 진단확정일' 이라 함니

특별
약관

질병

상해
및
질병

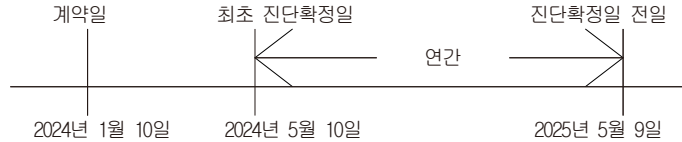
비용
손해

기타
특별
약관

다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (암 주요치료의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암 주요치료’라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.
- ② ‘암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호르몬 관련 치료제
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 ‘암 주요치료’에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 ‘암 주요치료’로 봅니다.

【 관련법규 】

< 호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 >

제2조 제3호

3. ‘말기환자’란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조 (암수술 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암수술’이라 함은 암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 수술

【 용어해설 】

[신의료기술평가위원회]

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 수술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

- ⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

제5조 (항암약물치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피부암환자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제6조 (항암방사선치료의 정의)

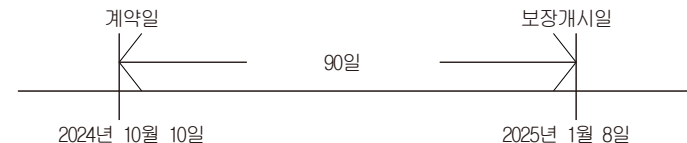
이 보장에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피부암환자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금 지급사유) 제1항의 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

다.

다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- ③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암치료급여금을 보장합니다.
- ④ 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 암치료급여금만 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.

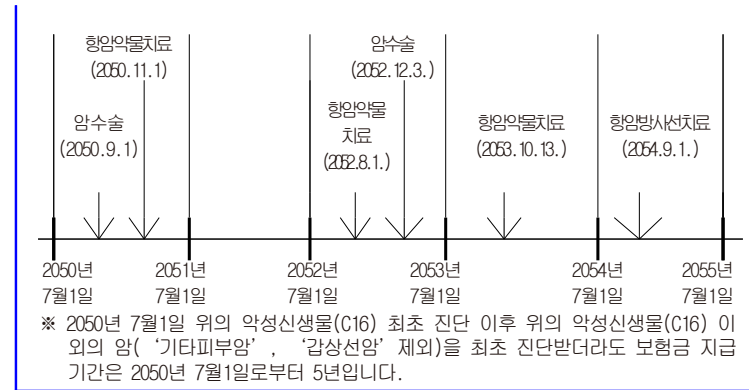
【 예시안내 】

< 암치료급여금(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외) 지급금액 예시 >

- 보험가입금액 1,000만원 기준, 30년만기
- 계약일 : 2024년 7월 1일
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2052.8월 1일

- 암 최초진단 후 암주요치료 시, 지급금액 예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	진단 후 4차년도	진단 후 5차년도
암수술(C16) 1,000만원 지급	-	항암약물치료 (C16) 1,000만원 지급	항암약물치료 (C17) 1,000만원 지급	항암방사선 치료(C17) 1,000만원 지급
항암약물치료 (C16) 지급 X (연간1회한도 초과)	-	암수술(C17) 지급 X (연간1회한도 초과)	-	-



제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제10조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 따라 암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단 확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제11조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조 (계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 ‘암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)’으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제13조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제10조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제14조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-13-2 기타피부암및갑상선암치료급여금(갱신형) 보장

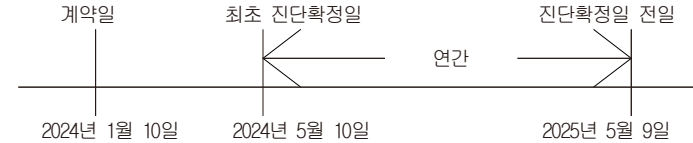
제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 최초 진단 확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 암 주요치료 (암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 은 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 5회 지급) 합니다.

보험금의 종류		지급금액
기타피부암 및 갑상선암 치료급여금	‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한도, 최대 5회 지급)

- ② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 최초 진단확정일로부터 5년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ③ 제1항에서 연간이라 함은 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 매년 진단확정일이라 합니다)의 전일 까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말 일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】 < 연간에 대한 예시 >



제2조 (기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 보장에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’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 합니다. 이 경우 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제3항에 따른 진단방법이 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 제3항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (암 주요치료의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암 주요치료’라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.
- ② ‘암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호르몬 관련 치료제
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 ‘암 주요치료’에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제2항에도 불구하고, 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 ‘암 주요치료’로 봅니다.

【관련법규】

< 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 >

제2조 제3호

3. ‘말기환자’란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조 (암수술 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암수술’이라 함은 기타피부암 및 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【용어해설】

[신의료기술평가위원회]

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술 · 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개 또는 배농술 · 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - 전기소작술 · IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

제5조 (항암약물치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제6조 (항암방사선치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금을 보장합니다.
- ② 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금만 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.

【 관련법규 】

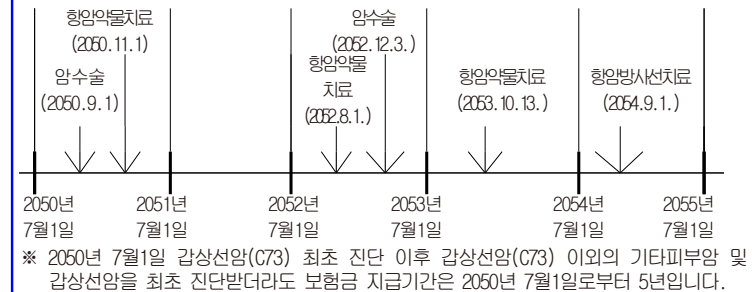
※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원
: 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

【 예시안내 】

< 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 지급금액 예시 >

- 보험가입금액 200만원 기준, 30년만기
- 계약일 : 2024년 7월 1일
- 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2052.8월 1일
- 기타피부암 및 갑상선암 최초진단 후 암주요치료 시, 지급금액 예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	진단 후 4차년도	진단 후 5차년도
암수술(C73) 200만원 지급	-	항암약물치료 (C73) 200만원 지급	항암약물치료 (C44) 200만원 지급	항암방사선 치료(C44) 200만원 지급
항암약물치료 (C73) 지급 X (연간1회한도 초과)	-	암수술(C44) 지급 X (연간1회한도 초과)	-	-



제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 따라 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단 확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조를 따릅니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조 (계약의 자동갱신)을 따릅니다.
 ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 ‘기타피부암 및 갑상선암’ 으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제12조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
 ② 제1항 및 제9조(보장의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제13조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
 다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-14 암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후10년)(갱신형) 보장 특별약관

암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후10년)(갱신형)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.

- 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)(갱신형)보장
- 기타피부암및갑상선암암치료급여금보장(갱신형)

1-14-1 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)(갱신형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최

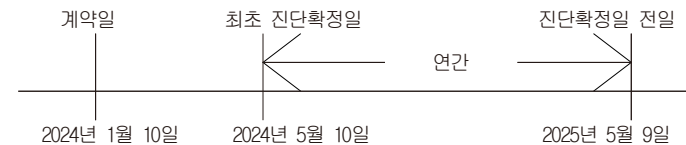
초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제 외)으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 암치료급여금(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)은 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 10회 지급) 합니다.

보험금의 종류		지급금액
암치료급여금 (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한도, 최대 10회 지급)

- ② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 암(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외) 최초 진단 확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
 ③ 제1항에서 연간 이라 함은 암(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외) 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 ‘매년 진단확정일’ 이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
 ② 이 보장에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
 ③ 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
 ④ ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 소

견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (암 주요치료의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암 주요치료’라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.
- ② ‘암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 영양요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호르몬 관련 치료제
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 ‘암 주요치료’에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 ‘암 주요치료’로 봅니다.

【 관련법규 】

< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 >

제2조 제3호

3. ‘말기환자’란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조 (암수술 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암수술’이라 함은 암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

[신의료기술평가위원회]

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어
있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

- ⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니
다.

제5조 (항암약물치료 등의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직
접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가
있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제6조 (항암방사선치료의 정의)

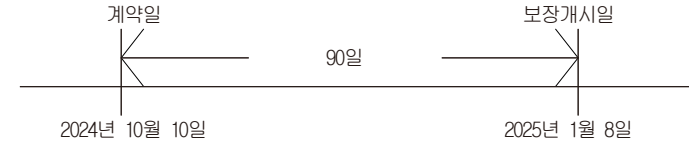
이 보장에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험
자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照
射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 보장에서 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부
터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우
에는 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따
라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며,
‘암’ (기타피부암, 갑상선암 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로
최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’ 이 만료되지 않았을
경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암치료급여금을
보장합니다.
- ④ 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회
이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 암치료급여금만 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못
할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니
다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험
금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【 관련법규 】

- ※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원
: 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고,
각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

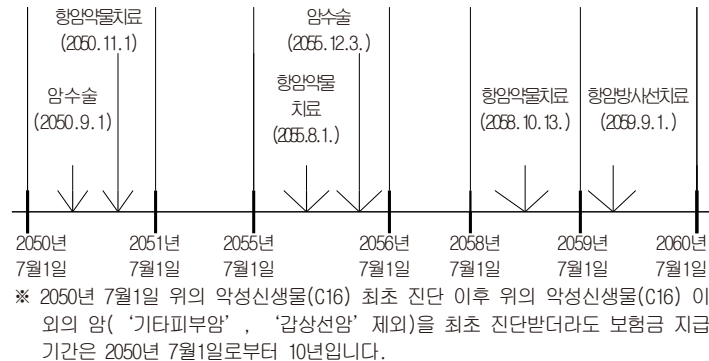
【 예시안내 】

< 암치료급여금(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외) 지급금액 예시 >

- 보험가입금액 1,000만원 기준, 30년만기
- 계약일 : 2024년 7월 1일
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2055.8월 1일

- 암 최초진단 후 암주요치료 시, 지급금액 예시

진단 후					
1차년도	2-5 차년도	6차년도	7-8 차년도	9차년도	10차년도
암수술(C16) 1,000만원 지급	-	항암약물치료 (C16) 1,000만원 지급	-	항암약물 치료(C17) 1,000만 원 지급	항암방사선 치료(C17) 1,000만원 지급
항암약물치료 (C16) 지급 X (연간회한도 초과)	-	암수술(C17) 지급 X (연간회한도 초과)	-	-	-



제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 조항의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 '암' (기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암' (기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았

거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 따라 암('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 최초 진단 확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제11조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조 (계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제13조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제10조(보장의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제14조 (준용규정)

이 조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-14-2 기타피부암및갑상선암치료급여금(갱신형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

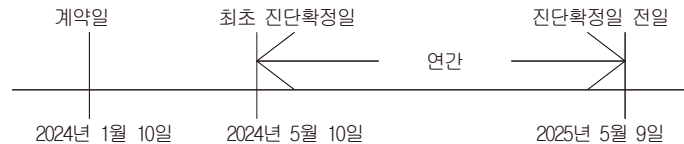
- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 '기타피부암' 및 '갑상선암' 으로 최초 진단

확정되고, '보험금 지급기간' 이내에 '기타피부암' 및 '갑상선암' 으로 암 주요치료 (암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 은 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 10회 지급) 합니다.

보험금의 종류		지급금액
기타피부암 및 갑상선암 치료급여금	'기타피부암' 및 '갑상선암' 으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한도, 최대 10회 지급)

- ② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 '기타피부암', '갑상선암' 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ③ 제1항에서 연간 이라 함은 '기타피부암' 및 '갑상선암' 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 매년 진단확정일이라 합니다)의 전일 까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말 일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】
< 연간에 대한 예시 >



제2조 (기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- 이 보장에서 '기타피부암' 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병 중 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 보장에서 '갑상선암' 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- '기타피부암' 및 '갑상선암'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 합니다. 이 경우 '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- 제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야

합니다.

【 예시안내 】

< '제3항에 따른 진단방법이 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 제3항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (암 주요치료의 정의)

- 이 보장에서 '암 주요치료'라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.
- '암 주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 - 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성

- 과 유효성이 입증되지 않은 치료
- 2. 면역력 강화 치료
- 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- 4. 호르몬 관련 치료제
- 5. 제1호 내지 제4호 이외의 ‘암 주요치료’에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제2항에도 불구하고, 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 ‘암 주요치료’로 봅니다.

【 관련법규 】

< 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 >

제2조 제3호

- 3. ‘말기환자’란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조 (암수술 등 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암수술’이라 함은 기타피부암 및 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘수술’이라 함은 병원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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
 - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

[신의료기술평가위원회]

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

- ⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

제5조 (항암약물치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제6조 (항암방사선치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금을 보장합니다.
- ② 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금만 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.

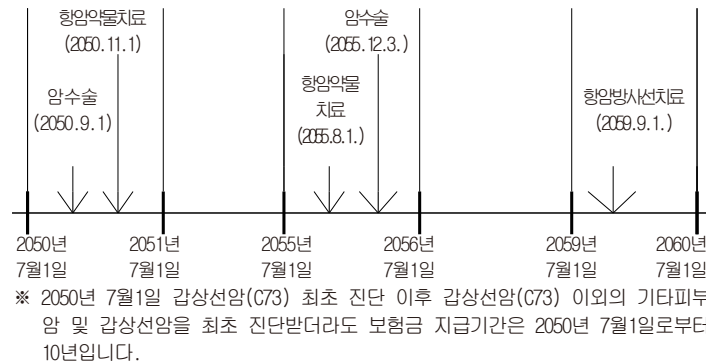
【 예시안내 】

< 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 지급금액 예시 >

- 보험가입금액 200만원 기준, 30년만기
- 계약일 : 2024년 7월 1일
- 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2055.8월 1일

- 기타피부암 및 갑상선암 최초진단 후 암주요치료 시, 지급금액 예시

진단 후 1차년도	진단 후 2~5차년도	진단 후 6차년도	진단 후 7~9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C73) 200만원 지급	-	항암약물치료 (C73) 200만원 지급	-	항암방사선 치료(C44) 200만원 지급
항암약물치료 (C73) 지급 X (연간1회한도 초과)	-	암수술(C44) 지급 X (연간1회한도 초과)	-	-



제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 조항의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 따라 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단 확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조 (계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 '기타피부암 및 갑상선암'으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제12조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제13조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-15 암주요치료비Ⅱ(상급종합병원(국립암센터포함))(연간1회한, 진단후10년)(갱신형)보장 특별약관

암주요치료비 II (상급종합병원(국립암센터포함))(연간1회한, 진단후10년)(갱신형) 특별
약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.

- 암주요치료비 II (기타피부암및갑상선암제외)(갱신형)보장
- 암주요치료비 II (기타피부암및갑상선암)(갱신형)보장

1-15-1 암주요치료비 II (기타피부암및갑상선암제외)(갱신형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

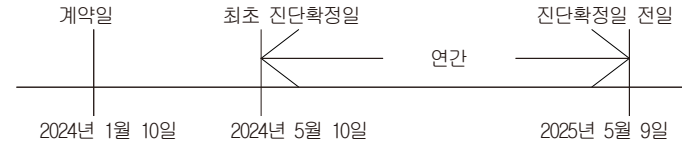
- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 암치료급여금(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)은 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 10회 지급) 합니다.

보험금의 종류		지급금액
암치료급여금 (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한도, 최대 10회 지급)

- ② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 암(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외) 최초 진단
확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간
을 말합니다.
- ③ 제1항에서 연간이라 함은 암(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외) 최초 진단확정일부터
그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 ‘매년 진단확정일’이라 합니
다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당
연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생
물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition
with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부
의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악
성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문
의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세
바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소
견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확
정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ , ‘기타피부암’ 및
‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거
가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를
우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (암 주요치료의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암 주요치료’ 라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.
- ② ‘암 주요치료’ 에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호르몬 관련 치료제
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 ‘암 주요치료’ 에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제2항에도 불구하고, 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 ‘암 주요치료’ 로 봅니다.

【관련법규】

< 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 >

제2조 제3호

3. ‘말기환자’ 란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조 (암수술 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암수술’ 이라 함은 암(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’ 을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘수술’ 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【용어해설】

[신의료기술평가위원회]

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

- ⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

제5조 (항암약물치료 등의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제6조 (항암방사선치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문직) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제8조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 ‘국립암센터’라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

【 관련법규 】

< 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) >

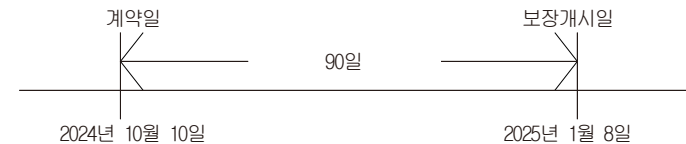
- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 보장에서 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암치료급여금을 보장합니다.
- ④ 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 암치료급여금만 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.

【 관련법규 】

※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원
: 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고,
각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

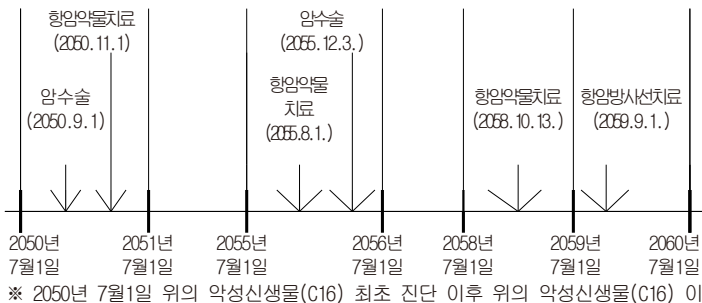
【 예시안내 】

< 암치료급여금(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외) 지급금액 예시 >

- 보험가입금액 1,000만원 기준, 30년만기
- 계약일 : 2024년 7월 1일
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2055.8월 1일

- 암 최초진단 후 암주요치료 시, 지급금액 예시

진단 후					
1차년도	2~5 차년도	6차년도	7~8 차년도	9차년도	10차년도
암수술(C16) 1,000만원 지급	-	항암약물치료 (C16) 1,000만원 지급	-	항암약물 치료(C17) 1,000만 원 지급	항암방사선 치료(C17) 1,000만원 지급
항암약물치료 (C16) 지급 X (연간1회한도 초과)	-	암수술(C17) 지급 X (연간1회한도 초과)	-	-	-



위의 암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급
기간은 2050년 7월1일로부터 10년입니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장 of 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제1항을 따릅니다.

제11조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터
‘암’ (기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (기타피부암, 갑
상선암 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험
료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았
거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의
다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한
금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 따라 암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)
으로 최초 진단 확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경
과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제13조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암(‘기타피부암’, ‘갑상선
암’ 제외)으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더
이상 납입하지 않습니다.

제12조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조 (계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 ‘암(‘기타피부암’,
‘갑상선암’ 제외)’으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제13조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제10조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제14조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-15-2 암주요치료비Ⅱ(기타피부암및갑상선암)(갱신형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

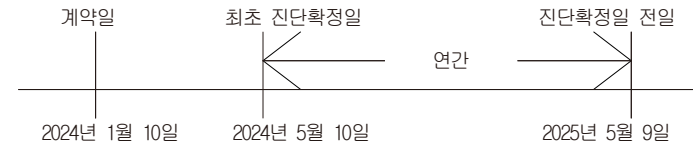
- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 최초 진단 확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 암 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 은 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 10회 지급) 합니다.

보험금의 종류		지급금액
기타피부암 및 갑상선암 치료급여금	‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간)	이 보장의 가입금액 (연간 1회한도, 최대 10회 지급)

- ② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ③ 제1항에서 연간 이라 함은 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 매년 진단확정일이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’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 합니다. 이 경우 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제3항에 따른 진단방법이 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 제3항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (암 주요치료의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암 주요치료’ 라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.
- ② ‘암 주요치료’ 에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호르몬 관련 치료제
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 ‘암 주요치료’ 에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 ‘암 주요치료’ 로 봅니다.

【 관련법규 】

< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 >

제2조 제3호

3. ‘말기환자’란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조 (암수술 등 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암수술’이라 함은 기타피부암 및 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말한다.
- ③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

[신의료기술평가위원회]

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술 · 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개 또는 배농술 · 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - 전기소작술 · IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

제5조 (항암약물치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제6조 (항암방사선치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문)의 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제8조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 ‘국립암센터’라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암

센터를 말합니다.

【 관련법규 】

< 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) >

- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

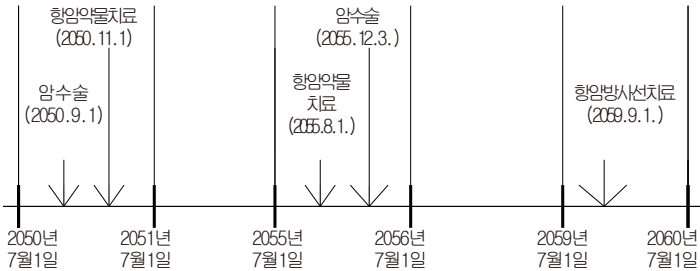
- ① 피보험자가 보험기간 중에 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금을 보장합니다.
- ② 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금만 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 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.

【 예시안내 】

< 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 지급금액 예시 >

- 보험가입금액 200만원 기준, 30년만기
 - 계약일 : 2024년 7월 1일
 - 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
 - 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2055.8월 1일
- 기타피부암 및 갑상선암 최초진단 후 암주요치료 시, 지급금액 예시

진단 후 1차년도	진단 후 2~5차년도	진단 후 6차년도	진단 후 7~9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C73) 200만원 지급	-	항암약물치료 (C73) 200만원 지급	-	항암방사선 치료(C44) 200만원 지급
항암약물치료 (C73) 지급 X (연간1회한도 초과)	-	암수술(C44) 지급 X (연간1회한도 초과)	-	-



※ 2050년 7월1일 갑상선암(C73) 최초 진단 이후 갑상선암(C73) 이외의 기타피부암 및 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2050년 7월1일로부터 10년입니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 따라 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단 확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제12조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조를 따릅니다.
- 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제13조 (보장의 자동갱신)

- 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조 (계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 ‘기타피부암 및 갑상선암’으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제14조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제1항 및 제11조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제15조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-16 암주요치료비III(유사암제외)(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관

암주요치료비III(유사암제외)(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.

- 암주요치료비III(유사암제외)(연간1회한)(주요치료)(갱신형)보장
- 암주요치료비III(유사암제외)(연간1회한)(항암호르몬치료)(갱신형)보장
- 암주요치료비III(유사암제외)(연간1회한)(중환자실입원)(갱신형)보장

1-16-1 암주요치료비III(유사암제외)(연간1회한)(주요치료)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 으로 진단확정되고, 그 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 연간1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
암(‘유사암’ 제외)수술보험금	‘암’(‘유사암’ 제외)으로 암 수술을 받은 경우	이 보장 보험가입금액

- ② 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정되고, 그 ‘암’ (‘유사암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
암(‘유사암’ 제외) 항암약물치료보험금 (호르몬약물치료제외)	‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우	이 보장 보험가입 금액

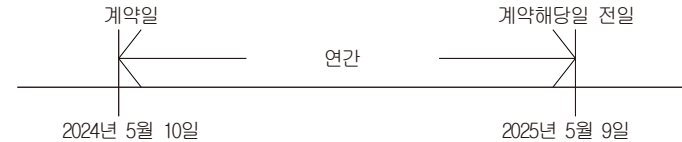
- ③ 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정되고, 그 ‘암’ (‘유사암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
암(‘유사암’ 제외) 항암방사선치료보험금 (수술제외)	‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우	이 보장 보험가입금액

- ④ 제1항 내지 제 3항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

- 이 보장에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- 이 보장에서 ‘유사암’ 이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’ , 제4항에서 정한 ‘갑상선암’ , 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’ 을 총칭합니다.
- 이 보장에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 보장에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 보장에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (암수술 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암수술’이라 함은 암(‘유사암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하

‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

< 신의료기술평가위원회 >

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

- ⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

제4조 (항암약물치료(호르몬약물치료제외)의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료(호르몬약물치료제외)’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약

물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 호르몬 관련 치료제 및 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조 (항암방사선치료(수술제외)의 정의)

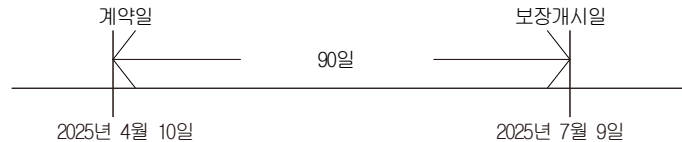
이 보장에서 ‘항암방사선치료(수술제외)’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다. 다만, 암수술은 항암방사선치료(수술제외)에서 제외합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
- ③ 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.
- ④ 호르몬약물치료는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 항암약물치료보험금이 지급되지 않습니다.
- ⑤ 암수술은 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 항암방사선치료보험금이 지급되지

않습니다.

- ⑥ 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제9조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 보장이 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 보장의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- ② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회

복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제21조(사기에 의한 계약), 보통약관 제22조(계약의 성립) 및 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과))가 적용됩니다.

제12조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-16-2 암주요치료비Ⅲ(유사암제외)(연간1회한)(항암호르몬치료)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

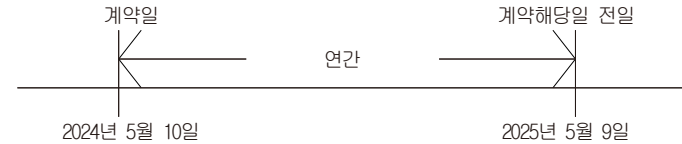
- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암(‘ 유사암’ 제외)’ 으로 진단확정되고, 그 ‘암(‘ 유사암’ 제외)’ 의 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암호르몬약물허가치료’ 를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
암(‘ 유사암’ 제외) 항암호르몬약물허가치료보험금	암(‘ 유사암’ 제외)으로 ‘항암호르몬약물허가치료’ 를 받은 경우	이 보장 보험가입금액

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘유사암’ 이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’ , 제4항에서 정한 ‘갑상선암’ , 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’ 을 총칭합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 보장에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 보장에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’ (‘ 유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘ 유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘ 유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암약물치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (항암호르몬약물허가치료제 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘항암호르몬약물허가치료제 분류표’ ([별표23] 참조)란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는 데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는 데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과 등의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘항암호르몬약물허가치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 보장에서 ‘항암호르몬약물허가치료’라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 ‘항암호르몬약물허가치료제’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 한함)으로 사용된 경우

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회 >

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증 환자)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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

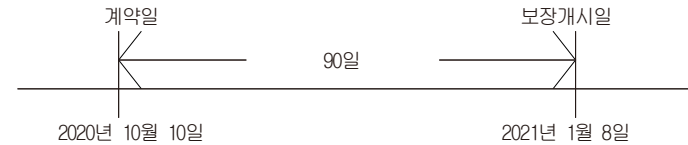
- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬억제제가 치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '항암호르몬억제제가 치료제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 '암' ('유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암' ('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' ('유사암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬억제제가 치료보험금은 항암호르몬억제제가 치료제를 식품의약품안전처에서 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.

【 용어해설 】

< 항암호르몬억제제가 치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >

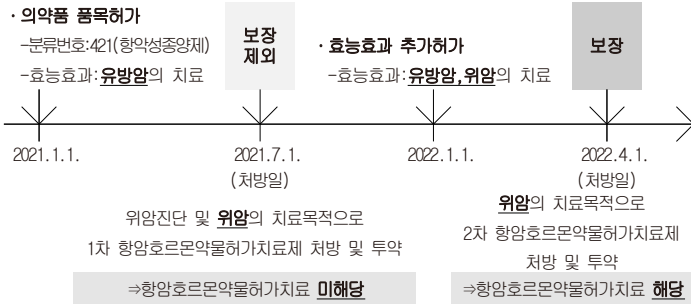


- ④ 제1조(보험금의 지급사유)의 '항암호르몬억제제가 치료제를 받은 경우' 라 함은 항암호르몬억제제가 치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(항암호르몬억제제가 치료제 등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정

범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

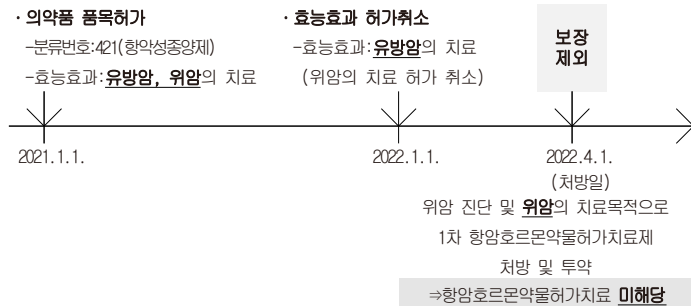
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 > : 의약품의 효능효과 추가 허가



【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 > : 의약품의 효능효과 허가 취소



- 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, 보험

금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
가. 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)
(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
(1) 진단명
(2) 투약한 약제의 제품명
(3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 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.

제8조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 보장이 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 보장의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- ② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제21조(사기에 의한 계약), 보통약관 제22조(계약의 성립) 및 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 중전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제12조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-16-3 암주요치료비Ⅲ(유사암제외)(연간1회한)(중환자실입원)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

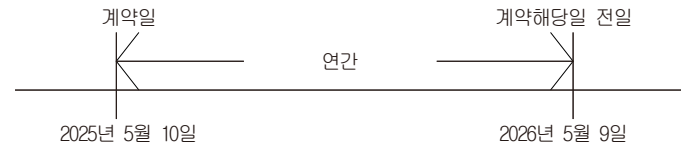
- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암(‘유사암’ 제외)’으로 진단확정되고, 그 ‘암(‘유사암’ 제외)’의 직접치료를 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
암(유사암제외) 중환자실 입원급여금	‘암(유사암제외)’의 직접치료를 목적으로 ‘중환자실’에 입원하여 치료를 받은 경우	이 보장의 보험가입금액

- ② 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 보장에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 보장에서 ‘제자리암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 보장에서 ‘경계성종양’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4]

‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑦ ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (중환자실의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘중환자실’이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표 5] ‘의료기관의 시설규격’ 참조)을 말합니다.

【 관련법규 】

※ 의료법 시행규칙 [별표 4. 의료기관의 시설규격]에 따른 중환자실 요건

- 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함
- 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함
- 병상 1개당 면적은 15㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)
- 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기 등 구비
- 중환자실 1개 단위당 후두경, 앵부백(마스크포함), 심전도기록기 등 구비
- 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)

· 전담간호사를 두어야 함

- ② 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며 국외의 관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 보장에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 중환자실에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【유의사항】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조 (암(유사암제외)의 직접치료의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외)의 직접치료라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(항후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 ‘암’ (‘유사암’ 제외)의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 ‘암’ (‘유사암’ 제외)의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘암’ (‘유사암’ 제외)의 직접치료로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역

치료

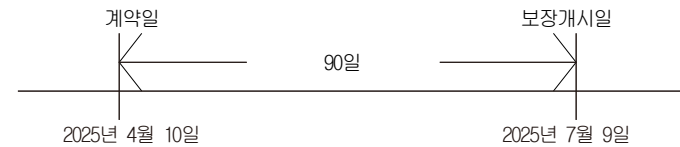
2. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘암(‘유사암’ 제외)’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【예시안내】

< ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암(유사암제외)중환자실입원급여금은 ‘중환자실’에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 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 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 ‘암(‘유사암’ 제외)’의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 ‘암(‘유사암’ 제외)’으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, ‘암(‘유사암’ 제외)’의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 ‘암(‘유사암’ 제외)’을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 ‘암(‘유사암’ 제외)’의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 ‘암(‘유사암’ 제외)’으로 진단된 경우에는 이는 ‘암(‘유사암’ 제외)’의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ⑥ 피보험자가 동일한 ‘암(유사암제외)’의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다.

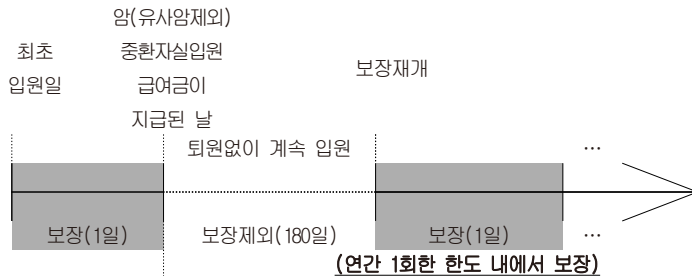
그러나 동일한 ‘암(‘ 유사암 제외)’에 대한 입원이라도 암(유사암제외)중환자실 입원 급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 암(유사암제외)중환자실입원급여금이 지급된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암(유사암제외)중환자실입원급여금이 지급된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

- ⑦ 다만, 제6항의 새로운 입원인 경우에도 제1조 (보험금의 지급사유)에 따라 연간1회에 한하여 보장합니다.

【 예시안내 】

<예시1> 암(유사암제외)중환자실입원급여금이 지급된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



<예시2> 동일한 ‘암(유사암제외)’의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우

날 짜	구 분	보장여부	사유
2025.3.1	보장개시일	-	
2025.3.5. - 3.30	중환자실입원(1차)	지급	
2025.10.1. - 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원후 180일 경과 (충족) 연간1회한 한도 (미충족)
2026.3.15. - 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원후 180일 경과 (충족) 연간1회한 한도 (충족)

- ⑧ 피보험자가 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘암(유사암제외)’의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 봅니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암(유사암 제외)중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑩ 피보험자가 중환자실 이외의 병실(병원)에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실에 해당하는 병실(병원)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 암(유사암제외)중환자실 입원급여금을 지급합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병
 3. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치료질환
- ④ 제1항 내지 제3항 이외에도 회사는 암 잔존종양 없이 경과 관찰 중 새로이 발견된 질병 또는 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제8조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일로부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제9조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봄

니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가
족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라
보장이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금
이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는
해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보장의 부활(효력회복)을 청약할 수
있습니다.
- ② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회
복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의
이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제18조(계약전 알릴 의
무), 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)), 보통약관 제21조(사기에 의한 계약),
보통약관 제22조(계약의 성립) 및 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
를 준용합니다.
- 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않
습니다.
- 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대하여 제6조
(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최
초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제
18조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과))
가 적용됩니다.

제12조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-17 암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(유사암제외) (연간1회한)(갱신형)보장 특별약관

암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(유사암제외)(연간1회한)(갱신형)보장 특
별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.

- 암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(유사암제외)(연간1회한)(주요치료)(갱
신형)보장
- 암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(유사암제외)(연간1회한)(항암호르몬치
료)(갱신형)보장
- 암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(유사암제외)(연간1회한)(중환자실입
원)(갱신형)보장

1-17-1 암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(유사암제 외)(연간1회한)(주요치료)(갱신형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항
및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 으로 진단확정되고, 그
‘암’ (‘유사암’ 제외) 의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에
서 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 연간1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로
지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기
간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
암(‘유사암’ 제외)수술보험금	‘암’(‘유사암’제외)으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 암수술을 받은 경우	이 보장 보험가입금액

- ② 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항
및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정되고, 그
‘암’ (‘유사암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서
항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여
보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관
의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
암('유사암' 제외)의 항암약물치료보험금 (호르몬약물치료제외)	'암' ('유사암' 제외)으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우	이 보장 보험가입 금액

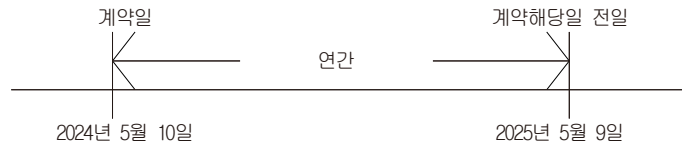
- ③ 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암' ('유사암' 제외)으로 진단확정되고, 그 '암' ('유사암' 제외) 의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
암('유사암' 제외) 항암방사선치료보험금 (수술제외)	'암' ('유사암' 제외)으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우	이 보장 보험가입금액

- ④ 제1항 내지 제3항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 ('암' 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 '암' 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 '유사암' 이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암' , 제4항에서 정한 '갑

상선암' , 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양' 을 총칭합니다.

- ③ 이 보장에서 '기타피부암' 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 보장에서 '갑상선암' 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 보장에서 '제자리암' 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] '제자리신생물 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 보장에서 '경계성종양' 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ '암' ('유사암' 제외) 및 '유사암' 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 합니다. 이 경우 '암' ('유사암' 제외) 및 '유사암' 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' ('유사암' 제외) 및 '유사암' 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< '제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【용어해설】

<신의료기술평가위원회>

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

【예시안내】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

제3조 (암수술 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암수술’이라 함은 암(‘유사암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

제4조 (항암약물치료(호르몬약물치료제외)의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료(호르몬약물치료제외)’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 호르몬 관련 치료제 및 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조 (항암방사선치료(수술제외)의 정의)

이 보장에서 ‘항암방사선치료(수술제외)’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다. 다만, 암수술은 항암방사선치료(수술제외)에서 제외합니다.

제6조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제7조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 ‘국립암센터’라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

【 관련법규 】

< 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) >

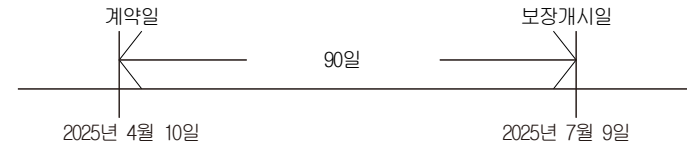
- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
- ③ 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.
- ④ 호르몬약물치료는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 항암약물치료보험금이 지급되지 않습니다.
- ⑤ 암수술은 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 항암방사선치료보험금이 지급되지 않습니다.
- ⑥ 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.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

제11조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제12조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제11조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제13조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 보장이 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 보장의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- ② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제21조(사기에 의한 계약), 보통약관 제22조(계약의 성립) 및 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대하여 제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 중전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과))가 적용됩니다.

제14조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-17-2 암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(유사암제외)(연간1회한)(항암호르몬치료)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’(‘유사암’ 제외) 으로 진단확정되고, 그 ‘암’(‘유사암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
암(‘유사암’ 제외)의 항암호르몬약물허가치료보험금	암(‘유사암’ 제외)으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우	이 보장 보험가입금액

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부

의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

- ④ 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 보장에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 보장에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암약물치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (항암호르몬약물허가치료제 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘항암호르몬약물허가치료제 분류표’ ([별표23] 참조)란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는 데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과와 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
- 단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘항암호르몬약물허가치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 보장에서 ‘항암호르몬약물허가치료’라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 ‘항암호르몬약물허가치료제’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 한함)으로 사용된 경우

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회>

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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘항암호르몬약물허가치료제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문위) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제6조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 ‘국립암센터’라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암

센터를 말합니다.

【 관련법규 】

< 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) >

- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료보험금은 항암호르몬약물허가치료를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

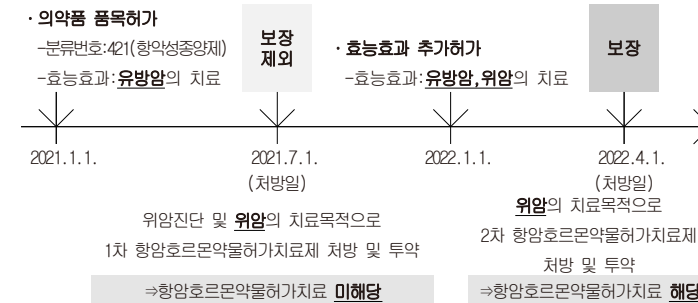
< 항암호르몬약물허가치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >



- ④ 제1조(보험금의 지급사유)의 ‘항암호르몬약물허가치료를 받은 경우’ 라 함은 항암호르몬 약물허가치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.
- 다만, 제4조(항암호르몬약물허가치료제 등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【 예시안내 】

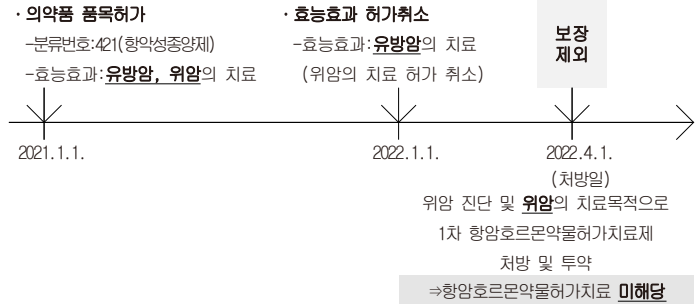
< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 > : 의약품의 효능효과 추가 허가



【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >

: 의약품의 효능효과 허가 취소



- 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.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
 - 가. 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - (1) 진단명
 - (2) 투약한 약제의 제품명
 - (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질향상의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 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.

제10조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제11조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제12조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제11조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제13조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 보장이 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 보장의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- ② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제21조(사기에 의한 계약), 보통약관 제22조(계약의 성립) 및 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대하여 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과))가 적용됩니다.

제14조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-17-3 암주요치료비III(상급종합병원(국립암센터포함))(유사암제외)(연간1회한)(중환자실입원)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

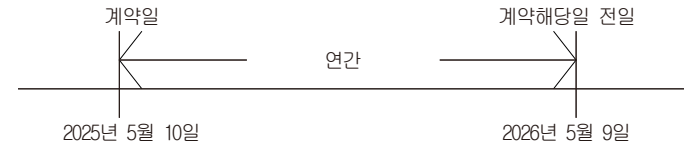
- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암(‘유사암’ 제외)’으로 진단확정되고, 그 ‘암(‘유사암’ 제외)’의 직접치료를 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
암(유사암제외) 중환자실 입원급여금	‘암(유사암제외)’의 직접치료를 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘중환자실’에 입원하여 치료를 받은 경우	이 보장의 보험가입금액

- ② 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 보장에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 보장에서 ‘제자리암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 보장에서 ‘경계성종양’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (중환자실의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘중환자실’ 이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표 5] ‘의료기관의 시설규격’ 참조)을 말합니다.

【 관련법규 】

※ 의료법 시행규칙 [별표 4. 의료기관의 시설규격]에 따른 중환자실 요건

- 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 부정전시스템 갖추어야 함
- 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함
- 병상 1개당 면적은 15㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)
- 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소측지기 등 구비
- 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스크포함), 심전도기록기 등 구비
- 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)
- 전담간호사를 두어야 함

- ② 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며 국외의 관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 보장에서 ‘입원’ 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 중환자실에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 ‘상급종합병원’ 이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제6조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 ‘국립암센터’ 라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【 관련법규 】

< 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) >

- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제7조 (암(유사암제외)의 직접치료의 정의)

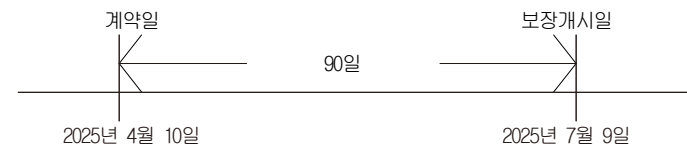
- ① 이 보장에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외)의 직접치료라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 ‘암’ (‘유사암’ 제외)의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 ‘암’ (‘유사암’ 제외)의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘암’ (‘유사암’ 제외)의 직접치료로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘암(‘유사암’ 제외)’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



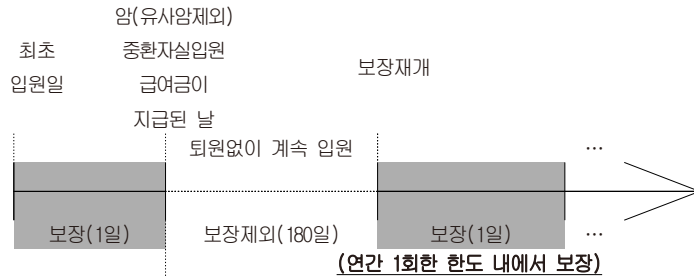
- ② 제1항에도 불구하고 보험약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암(‘유사암’ 제외)’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암(유사암제외)종환자실입원급여금은 ‘종환자실’에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 ‘암(‘유사암’ 제외)’의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 ‘암(‘유사암’ 제외)’으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, ‘암(‘유사암’ 제외)’의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 ‘암(‘유사암’ 제외)’을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 ‘암(‘유사암’ 제외)’의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 ‘암(‘유사암’ 제외)’으로 진단된 경우에는 이는 ‘암(‘유사암’ 제외)’의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ⑥ 피보험자가 동일한 ‘암(‘유사암’ 제외)’의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 ‘암(‘유사암’ 제외)’에 대한 입원이라도 암(유사암제외)종환자실 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 암(유사암제외)종환자실입원급여금이 지급된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암(유사암제외)종환자실입원급여금이 지급된

날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

- ⑦ 다만, 제6항의 새로운 입원인 경우에도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 연간1회에 한하여 보장합니다.

【 예시안내 】

<예시1> 암(유사암제외)중환자실입원급여금이 지급된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



<예시2> 동일한 ‘암(유사암제외)’의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우

날 짜	구 분	보장여부	사유
2025.3.1	보장개시일	-	
2025.3.5. - 3.30	중환자실입원(1차)	지급	
2025.10.1. - 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원후 180일 경과 (충족) 연간1회한 한도 (미충족)
2026.3.15. - 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원후 180일 경과 (충족) 연간1회한 한도 (충족)

- ⑧ 피보험자가 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘암(유사암제외)’의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 봅니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암(유사암제외)중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑩ 피보험자가 중환자실 이외의 병실(병원)에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실에 해당하는 병실(병원)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 암(유사암제외)중환자실 입원급여금을 지급합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- 이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 성병
 - 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 정상분만, 치과질환
- 제1항 내지 제3항 이외에도 회사는 암 잔존종양 없이 경과 관찰 중 새로이 발견된 질병 또는 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제10조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일로부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제11조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제12조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제1항 및 제11조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제13조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 보장이 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 보장의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- ② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)), 보통약관 제21조(사기에 의한 계약), 보통약관 제22조(계약의 성립) 및 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대하여 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과))가 적용됩니다.

제14조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-18 유사암주요치료비III(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관

유사암주요치료비III(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.

- 유사암주요치료비III(연간1회한)(주요치료)(갱신형)보장
- 유사암주요치료비III(연간1회한)(항암호르몬치료)(갱신형)보장
- 유사암주요치료비III(연간1회한)(중환자실입원)(갱신형)보장

1-18-1 유사암주요치료비III(연간1회한)(주요치료)(갱신형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 ‘유사암’ 으로 진단확정되고, 그 ‘유사암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간1회에

한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
기타피부암 보험금	‘기타피부암’ 으로 수술을 받은 경우	이 보장 보험가입금액
갑상선암수술 보험금	‘갑상선암’ 으로 수술을 받은 경우	
제자리암수술 보험금	‘제자리암’ 으로 수술을 받은 경우	
경계성종양수술 보험금	‘경계성종양’ 으로 수술을 받은 경우	

- ② 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 ‘유사암’ 으로 진단확정되고, 그 ‘유사암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
기타피부암 항암약물치료보험금 (호르몬약물치료제외)	‘기타피부암’ 으로 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우	이 보장 보험가입금액
갑상선암 항암약물치료보험금 (호르몬약물치료제외)	‘갑상선암’ 으로 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우	
제자리암 항암약물치료보험금 (호르몬약물치료제외)	‘제자리암’ 으로 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우	
경계성종양 항암약물치료보험금 (호르몬약물치료제외)	‘경계성종양’ 으로 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우	

- ③ 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 ‘유사암’ 으로 진단확정되고, 그 ‘유사암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

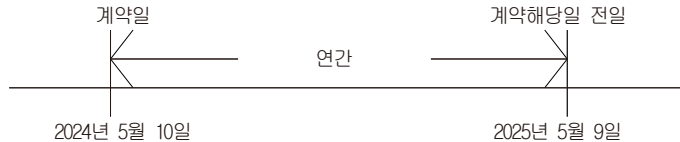
관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
기타피부암 항암방사선치료보험금 (수술제외)	'기타피부암'으로 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우	이 보장 보험가입금액
갑상선암 항암방사선치료보험금 (수술제외)	'갑상선암'으로 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우	
제자리암 항암방사선치료보험금 (수술제외)	'제자리암'으로 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우	
경계성종양 항암방사선치료보험금 (수술제외)	'경계성종양'으로 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우	

- ④ 제1항 내지 제3항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 ('암' 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 '암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

다.

- ③ 이 보장에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 보장에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 보장에서 '제자리암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 보장에서 '경계성종양'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ '유사암'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 합니다. 이 경우 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< '제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (암수술 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암수술’ 이라 함은 ‘유사암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’ 을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘수술’ 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【용어해설】

<신의료기술평가위원회>

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

【예시안내】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’ 은 ‘항암방사선치료’ 와 ‘항암약물치료’ 는 제외합니다.

제4조 (항암약물치료(호르몬약물치료제외)의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료(호르몬약물치료제외)’ 라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 호르몬 관련 치료제 및 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조 (항암방사선치료(수술제외)의 정의)

이 보장에서 ‘항암방사선치료(수술제외)’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다. 다만, 암수술은 항암방사선치료(수술제외)에서 제외합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.
- ② 호르몬약물치료는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 항암약물치료보험금이 지급되지 않습니다.
- ③ 암수술은 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 항암방사선치료보험금이 지급되지 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 보장의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봄

니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가측관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-18-2 유사암주요치료비Ⅲ(연간1회한)(항암호르몬치료)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

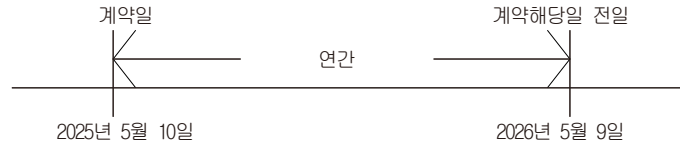
- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 ‘유사암’으로 진단확정되고, 그 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
기타피부암 항암호르몬약물허가 치료보험금	‘기타피부암’으로 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우	이 보장 보험가입금액
갑상선암 항암호르몬약물허가 치료보험금	‘갑상선암’으로 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우	
제자리암 항암호르몬약물허가 치료보험금	‘제자리암’으로 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우	
경계성종양 항암호르몬약물허가 치료보험금	‘경계성종양’으로 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우	

- ② 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘유사암’ 이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 보장에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 보장에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암약물치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말함

니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (항암호르몬약물허가치료제 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘항암호르몬약물허가치료제 분류표’ ([별표23] 참조)란 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 치료제를 말합니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과와 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
- 단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘항암호르몬약물허가치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 보장에서 ‘항암호르몬약물허가치료’라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 유사암의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 ‘항암호르몬약물허가치료제’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 한함)으로 사용된 경우

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회 >

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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘항암호르몬약물허가치료제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

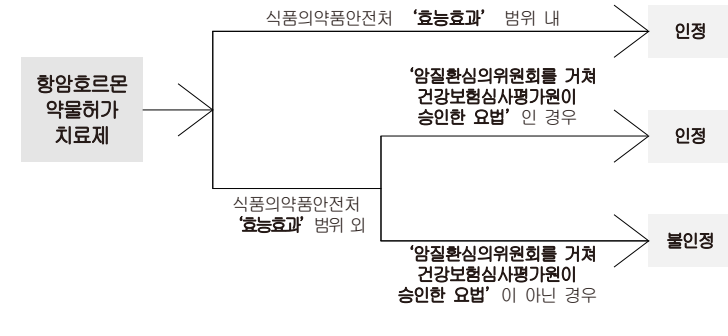
제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료보험금은 항암호르몬약물허가치료제를 식품의약품안전처에서 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.

【 용어해설 】

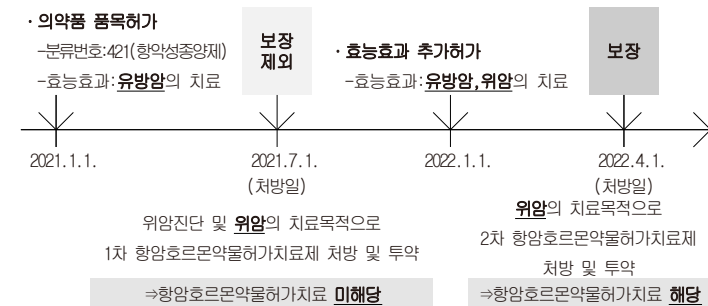
< 항암호르몬약물허가치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >



- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 '항암호르몬약물허가치료를 받은 경우' 라 함은 항암호르몬 약물허가치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.
- 다만, 제4조(항암호르몬약물허가치료제 등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

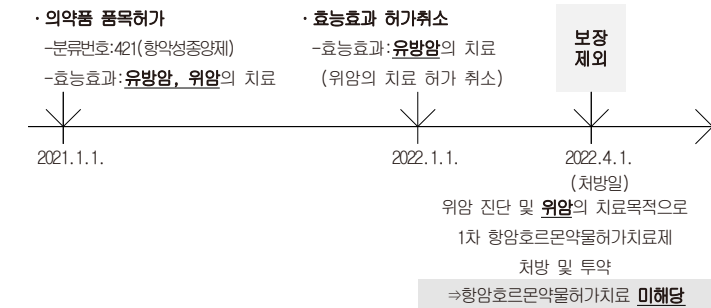
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가



【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소



- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
 - 가. 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - (1) 진단명
 - (2) 투약한 약제의 제품명
 - (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 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.

제8조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-18-3 유사암주요치료비Ⅲ(연간1회한)(중환자실입원)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 ‘유사암’으로 진단확정되고, 그 ‘유사암’의 직접치료를 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

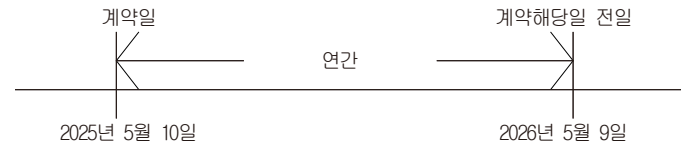
보험금의 종류		지급금액
유사암 중환자실입원 급여금	‘유사암’의 직접치료를 목적으로 ‘중환자실’에 입원하여 치료를 받은 경우	이 보장의 보험가입금액

- ② 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일

까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 보장에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 보장에서 ‘제자리암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 보장에서 ‘경계성종양’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘유사암’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 합니다. 이 경우 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (중환자실의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘중환자실’ 이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표 5] ‘의료기관의 시설규격’ 참조)을 말합니다.

【 관련법규 】

※ 의료법 시행규칙 [별표 4. 의료기관의 시설규격]에 따른 중환자실 요건

- 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함
- 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함
- 병상 1개당 면적은 15㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)
- 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기 등 구비
- 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스크포함), 심전도기록기 등 구비
- 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)
- 전담간호사를 두어야 함

- ② 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며 국외의 관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 보장에서 ‘입원’ 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 중환자실에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조 (유사암의 직접치료의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘유사암’ 의 직접치료가 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(항후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’ 라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 ‘유사암’ 의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.

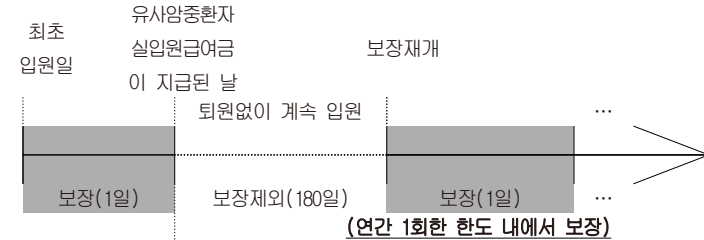
- ③ 제1항의 ‘유사암’의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 영양요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘유사암’의 직접치료로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역 치료
 2. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 유사암중환자실입원급여금은 ‘중환자실’에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 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.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 ‘유사암’으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, ‘유사암’의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 ‘유사암’을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 ‘유사암’의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 ‘유사암’으로 진단된 경우에는 이는 ‘유사암’의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ④ 피보험자가 동일한 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다.
그러나 동일한 ‘유사암’에 대한 입원이라도 유사암중환자실 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 유사암중환자실입원급여금이 지급된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 유사암중환자실입원급여금이 지급된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ⑤ 다만, 제4항의 새로운 입원인 경우에도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 연간1회에 한하여 보장합니다.

【 예시안내 】

<예시1> 유사암중환자실입원급여금이 지급된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우



<예시2> 동일한 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우

날 짜	구 분	보장여부	사유
2025.3.1	보장개시일	-	
2025.3.5.- 3.30	중환자실입원(1차)	지급	
2025.10.1. - 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원후 180일 경과 (충족) 연간1회한 한도 (미충족)
2026.3.15. -3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원후 180일 경과 (충족) 연간1회한 한도 (충족)

- ⑥ 피보험자가 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 봅니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 유사암중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 피보험자가 중환자실 이외의 병실(병원)에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실에 해당하는 병실(병원)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 유사암중환자실입원급여금을 지급합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병

3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ④ 제1항 내지 제3항 이외에도 회사는 암 잔존증양 없이 경과 관찰 중 새로이 발견된 질병 또는 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제8조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-19 유사암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관

- 유사암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.
- 유사암주요치료비Ⅲ(연간1회한)(주요치료)(갱신형)보장
 - 유사암주요치료비Ⅲ(연간1회한)(항암호르몬치료)(갱신형)보장
 - 유사암주요치료비Ⅲ(연간1회한)(중환자실입원)(갱신형)보장

1-19-1 유사암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(연간1회한)(주요치료)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 ‘유사암’으로 진단확정되고, 그 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
기타피부암수술 보험금	‘기타피부암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 수술을 받은 경우	이 보장 보험가입금액
갑상선암수술 보험금	‘갑상선암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 수술을 받은 경우	
제자리암수술 보험금	‘제자리암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 수술을 받은 경우	
경계성종양수술 보험금	‘경계성종양’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 수술을 받은 경우	

- ② 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 ‘유사암’으로 진단확정되고, 그 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
기타피부암 항암약물치료보험금 (호르몬약물치료제외)	‘기타피부암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우	이 보장 보험가입금액
갑상선암 항암약물치료보험금 (호르몬약물치료제외)	‘갑상선암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우	
제자리암 항암약물치료보험금 (호르몬약물치료제외)	‘제자리암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우	
경계성종양 항암약물치료보험금 (호르몬약물치료제외)	‘경계성종양’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우	

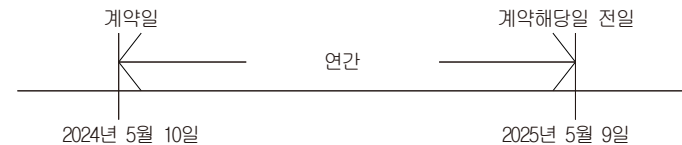
③ 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 ‘유사암’으로 진단확정되고, 그 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
기타피부암 항암방사선치료보험금 (수술제외)	‘기타피부암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우	이 보장 보험가입금액
갑상선암 항암방사선치료보험금 (수술제외)	‘갑상선암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우	
제자리암 항암방사선치료보험금 (수술제외)	‘제자리암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우	
경계성종양 항암방사선치료보험금 (수술제외)	‘경계성종양’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선치료(수술제외)를 받은 경우	

④ 제1항 내지 제3항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 보장에서 ‘유사암’ 이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’ 을 총칭합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 보장에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 보장에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘유사암’ 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 합니다. 이 경우 ‘유사암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘유사암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (암수술 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암수술’ 이라 함은 ‘유사암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’ 을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘수술’ 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【용어해설】

< 신의료기술평가위원회 >

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

【예시안내】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술

· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

제4조 (항암약물치료(호르몬약물치료제외)의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료(호르몬약물치료제외)’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 호르몬 관련 치료제 및 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

【용어해설】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조 (항암방사선치료(수술제외)의 정의)

이 보장에서 ‘항암방사선치료(수술제외)’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다. 다만, 암수술은 항암방사선치료(수술제외)에서 제외합니다.

제6조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【관련법규】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문위) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제7조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 ‘국립암센터’라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

【관련법규】

< 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) >

- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.
- ② 호르몬약물치료는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 항암약물치료보험금이 지급되지 않습니다.
- ③ 암수술은 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 항암방사선치료보험금이 지급되지 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.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제10조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-19-2 유사암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(연간1회한)(항암호르몬치료)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 ‘유사암’으로 진단확정되고, 그 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암호르몬약물허

가치료’를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
기타피부암 항암호르몬약물허가 치료보험금	‘기타피부암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우	이 보장 보험가입금액
갑상선암 항암호르몬약물허가 치료보험금	‘갑상선암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우	
제자리암 항암호르몬약물허가 치료보험금	‘제자리암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우	
경계성종양 항암호르몬약물허가 치료보험금	‘경계성종양’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우	

- ② 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 보장에서 ‘유사암’ 이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 보장에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 보장에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘유사암’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 합니다. 이 경우 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암약물치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (항암호르몬약물허가치료제 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘항암호르몬약물허가치료제 분류표’ ([별표23] 참조)란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는 데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과와 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘항암호르몬약물허가치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 보장에서 ‘항암호르몬약물허가치료’라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘유사암의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 ‘항암호르몬약물허가치료제’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 한함)’으로 사용된 경우

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회>

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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘항암호르몬약물허가치료제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문위) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제6조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 ‘국립암센터’라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암

센터를 말합니다.

【 관련법규 】

< 약관법 제27조(국립암센터 설립 등) >

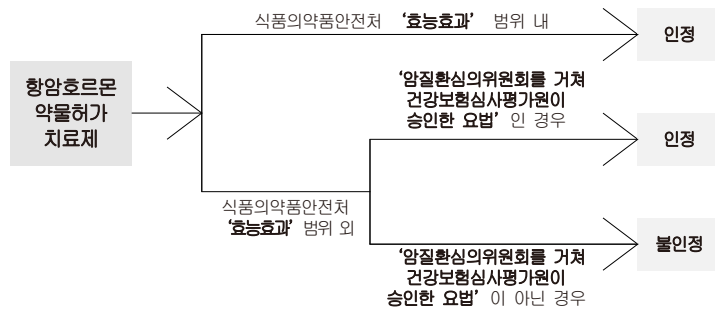
- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료보험금은 항암호르몬약물허가치료제를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

< 항암호르몬약물허가치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >

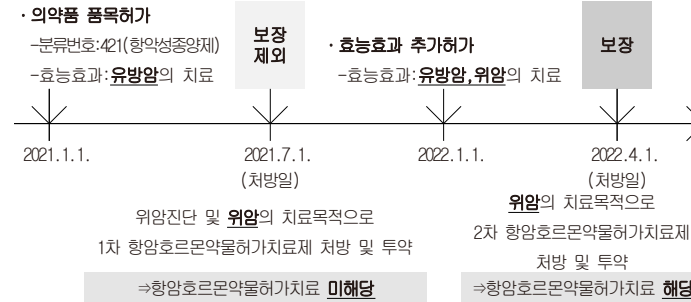


- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 '항암호르몬약물허가치료를 받은 경우' 라 함은 항암호르몬 약물허가치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.
- 다만, 제4조(항암호르몬약물허가치료제 등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >

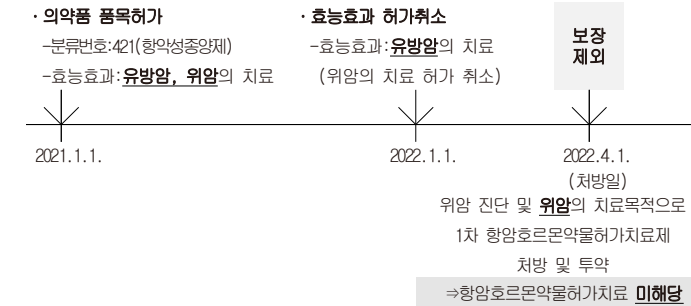
: 의약품의 효능효과 추가 허가



【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >

: 의약품의 효능효과 허가 취소



- 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.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
 - 가. 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - (1) 진단명
 - (2) 투약한 약제의 제품명
 - (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 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.

제10조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제10조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-19-3 유사암주요치료비III(상급종합병원(국립암센터포함))(연간1회환)(중환자실입원)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 ‘유사암’으로 진단확정되고, 그 ‘유사암’의 직접치료를 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
유사암 중환자실입원 급여금	‘유사암’의 직접치료를 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘중환자실’에 입원하여 치료를 받은 경우	이 보장의 보험가입금액

- ② 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.

- ③ 이 보장에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 보장에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 보장에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘유사암’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 합니다. 이 경우 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (중환자실의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘중환자실’ 이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표 5] ‘의료기관의 시설규격’ 참조)을 말합니다.

【 관련법규 】

※ 의료법 시행규칙 [별표 4. 의료기관의 시설규격]에 따른 중환자실 요건

- 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함
- 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함
- 병상 1개당 면적은 15㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)
- 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소측지기 등 구비
- 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스크포함), 심전도기록기 등 구비
- 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)
- 전담간호사를 두어야 함

- ② 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며 국외의 관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 보장에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 중환자실에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【유의사항】

- < 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >
- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【관련법규】

- < 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >
- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제6조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 ‘국립암센터’라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

【관련법규】

< 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) >

- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

제7조 (유사암의 직접치료의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘유사암’의 직접치료라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 ‘유사암’의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 ‘유사암’의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘유사암’의 직접치료로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 유사암중환자실입원급여금은 ‘중환자실’에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 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.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 ‘유사암’으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, ‘유사암’의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 ‘유사암’을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 ‘유사

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

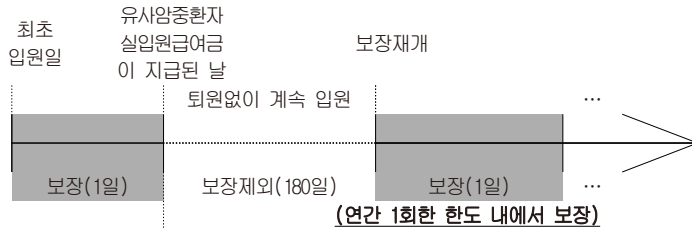
암'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '유사암'으로 진단된 경우에는 이는 '유사암'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

- ④ 피보험자가 동일한 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다.
그러나 동일한 '유사암'에 대한 입원이라도 유사암중환자실 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 유사암중환자실입원급여금이 지급된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 유사암중환자실입원급여금이 지급된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ⑤ 다만, 제4항의 새로운 입원인 경우에도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 연간1회에 한하여 보장합니다.

【 예시안내 】

<예시> 유사암중환자실입원급여금이 지급된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



<예시2> 동일한 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우

날 짜	구 분	보장여부	사유
2025.3.1	보장개시일	-	
2025.3.5. - 3.30	중환자실입원(1차)	지급	
2025.10.1. - 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원후 180일 경과 (충족) 연간1회한 한도 (미충족)
2026.3.15. - 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원후 180일 경과 (충족) 연간1회한 한도 (충족)

- ⑥ 피보험자가 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 봅니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 유

사암중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑧ 피보험자가 중환자실 이외의 병실(병원)에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실에 해당하는 병실(병원)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 유사암중환자실입원급여금을 지급합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- 이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 성병
 - 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임수술, 제왕절개수술
 - 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 정상분만, 치료질환
- 제1항 내지 제3항 이외에도 회사는 암 잔존종양 없이 경과 관찰 중 새로이 발견된 질병 또는 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제10조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제1항 및 제10조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-20 암주요치료비Ⅳ(치료당,진단후10년)(갱신형)보장 특별약관

암주요치료비Ⅳ(치료당,진단후10년)보장(갱신형) 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.

- 암주요치료비Ⅳ(치료당,진단후10년)(갱신형)(기타피부암및갑상선암제외)보장
- 암주요치료비Ⅳ(치료당,진단후10년)(갱신형)(기타피부암및갑상선암)보장

1-20-1 암주요치료비Ⅳ(치료당,진단후10년)(갱신형) (기타피부암및갑상선암제외)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 그 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(‘이 보장의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
암(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)수술보험금	‘암’(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’제외)으로 암 수술을 받은 경우(단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액

- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 그 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 입원 또는 통원하여 ‘항암약물치료(주사제)’를 받은 경우에는 아래의 금액을 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
항암약물치료보험금 (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)(주사제)	‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)으로 항암약물치료(주사제)를 받은 경우(단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액

- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항

에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 그 ‘암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암약물치료(주사제 외)’를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
항암약물치료보험금 (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)(주사제 외)	‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’제외)으로 ‘항암약물치료(주사제 외)’를 받은 경우(단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액

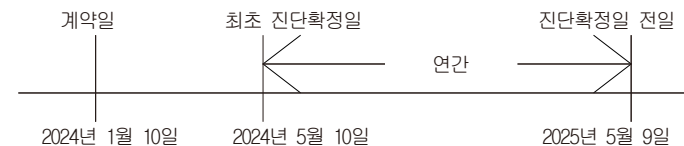
- ④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 그 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
항암방사선치료보험금 (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)	‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)으로 항암방사선치료를 받은 경우(단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액

- ⑤ 제1항 및 제4항에서 ‘보험금 지급 기간’ 이라 함은 그 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외) 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며 암수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑥ 제3항에서 연간이라 함은 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외) 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외) 진단확정일(이하 매년 진단확정일이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



【유의사항】

‘암의 진단확정’이라 함은 보장개시일 이후 최초로 진단확정된 암을 의미하며, 보험계약일 이전에 진단받은 암이 완치되기 전에 다시 진단받는 경우 등은 포함되지 않습니다.

제2조 (‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자각증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【예시안내】

< ‘상기의 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (입원 등의 정의와 장소)

- ① 이 보장에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【유의사항】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

- ② 이 보장에서 ‘통원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (암수술 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암수술’이라 함은 암(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 수술

【용어해설】

< 신의료기술평가위원회 >

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

【예시안내】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개 또는 배농술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - 전기소작술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

- ⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

제5조 (항암약물치료 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘주사제’라 함은 소화관 대신 피부, 정맥 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

제6조 (항암방사선치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일수 및 항암약물치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제5조(항암약물치료 등의 정의)의 항암약물치료에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 및 제3항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.
- ⑥ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 '암' ('기타피부암' 및 '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암' ('기타피부암' 및 '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑦ 제6항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑧ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '암' ('기타피부암' 및 '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간' 이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암수술, 항암약물치료보험금 및 항암방사선치료보험금을 보장합니다.
- 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.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일로부터 '암' ('기타피부암' 및 '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암' ('기타피부암' 및 '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항에 따라 '암' ('기타피부암' 및 '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제11조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조(제2회 이후 보험료의 납입)를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항의 암('기타피부암' 및 '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 보장보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제10조(보장의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제13조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항에서 정한 '암' ('기타피부암' 및 '갑상선암' 제외)으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제14조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-20-2 암주요치료비Ⅳ(치료당,진단후10년)(갱신형) (기타피부암및갑상선암)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 최초 진단 확정되고, '보험금 지급기간' 이내에 그 '기타피부암' 및 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.('이 보장의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
'기타피부암' 및 '갑상선암' 수술보험금	'기타피부암' 및 '갑상선암'으로 암 수술을 받은 경우(단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액

- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 최초 진단확정되고, '보험금 지급기간' 이내에 그 '기타피부암' 및 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 입원 또는 통원하여 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
항암약물치료보험금 ('기타피부암' 및 '갑상선암')(주사제)	'기타피부암' 및 '갑상선암'으로 항암약물치료(주사제)'를 받은 경우(단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액

- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 최초 진단확정되고, '보험금 지급기간' 이내에 그 '기타피부암' 및 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
항암약물치료보험금 ('기타피부암' 및 '갑상선암')(주사제 외)	'기타피부암' 및 '갑상선암'으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우(단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액

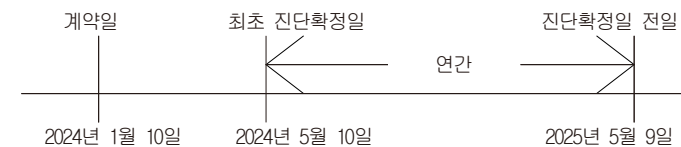
- ④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 최초 진단확정되고, '보험금 지급기간' 이내에 그 '기타피부암' 및 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
항암방사선치료보험금 ('기타피부암' 및 '갑상선암')	'기타피부암' 및 '갑상선암'으로 항암방사선치료를 받은 경우(단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액

- ⑤ 제1항 내지 제4항에서 '보험금 지급 기간' 이라 함은 그 '기타피부암' 및 '갑상선암' 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며 암수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑥ 제3항에서 연간이라 함은 '기타피부암' 및 '갑상선암' 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 '기타피부암' 및 '갑상선암' 진단확정일(이하 매년 진단확정일이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다.다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

【유의사항】

‘암의 진단확정’이라 함은 보장개시일 이후 최초로 진단확정된 암을 의미하며, 보험계약일 이전에 진단받은 암이 완치되기 전에 다시 진단받는 경우 등은 포함되지 않습니다.

제2조 (‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’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 합니다. 이 경우 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【예시안내】

< ‘상기의 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준 일로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (입원 등의 정의와 장소)

- ① 이 보장에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【유의사항】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

- ② 이 보장에서 ‘통원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (암수술 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘암수술’이라 함은 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 수술

【용어해설】

< 신의료기술평가위원회 >

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

【예시안내】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

- ⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

제5조 (항암약물치료 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘주사제’라 함은 소화관 대신 피부, 정맥 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

제6조 (항암방사선치료의 정의)

이 보장에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일수 및 항암약물치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하

- 더라도 제5조(항암약물치료 등의 정의)의 항암약물치료에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 암원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 및 제3항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)의 제4항의 항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.
- ⑥ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 최초 진단 확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 기타피부암및갑상선암수술, 항암약물치료보험금 및 항암방사선치료보험금을 보장합니다.
- 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.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항에 따라 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조(제2회 이후 보험료의 납입)를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항의 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 보장보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제13조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-21 항암약물치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 피보험자가 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 제1호의 암의 항암약물치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '기타피부암' 또는 '갑상선암'은 항암약물치료보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암의 항암약물치료보험금	'암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 항암약물 치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암의 항암약물치료보험금	'기타피부암'으로 항암약물 치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
3. 갑상선암의 항암약물치료보험금	'갑상선암'으로 항암약물치료를 받은 경우	

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 '암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’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 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물

(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암약물치료 정의)

이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 갱신계약에서 피보험자에게 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ③ 제2항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 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 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암의 항암약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-22 항암방사선치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’으로 진단확정되고, 그 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)
다만, 피보험자가 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 제1호의 암의 항암방사선치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’은 항암방사선치료보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암의 항암방사선치료보험금	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 항암방사선 치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암의 항암방사선치료보험금	‘기타피부암’으로 항암방사선 치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
3. 갑상선암의 항암방사선치료보험금	‘갑상선암’으로 항암방사선치료를 받은 경우	

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암방사선치료 정의)

이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 갱신계약에서 피보험자에게 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【유의사항】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ③ 제2항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일’부터 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【예시안내】

< ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 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 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터

‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제7조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암의 항암방사선치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-23 표적항암약물허가치료(갱신형) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’으로 진단확정되고, 그 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘표적항암약물허가치료’를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

다만, 피보험자가 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 제1호의 암의 표적항암약물허가치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’은 표적항암약물허가치료보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상	
1. 암의 표적항암약물 허가치료보험금	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 ‘표적항암약물허가치료’ 를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	
2. 기타피부암의 표적항암약물 허가치료보험금	‘기타피부암’ 으로 ‘표적항암약물허가치료’ 를 받은 경우			
3. 갑상선암의 표적항암약물 허가치료보험금	‘갑상선암’ 으로 ‘표적항암약물허가치료’ 를 받은 경우			

제2조 (암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암약물치료의 정의)

이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘표적항암제’란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’ (예규 개정예 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 ‘표적항암제’의 범위에서 제외됩니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과와 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 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.

- ② 이 특약에서 ‘표적항암약물허가치료’라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’의 치료를 직접적인 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, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회 >

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증 환자)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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(응용용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘표적항암제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 갱신계약에서 피보험자에게 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ③ 제2항의 '보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안' 이라 함은 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외) 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '기타피부암' 및 '갑상선암' 에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

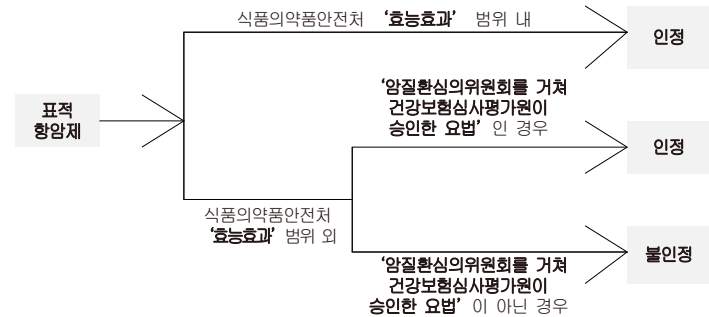
< '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

< 표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >

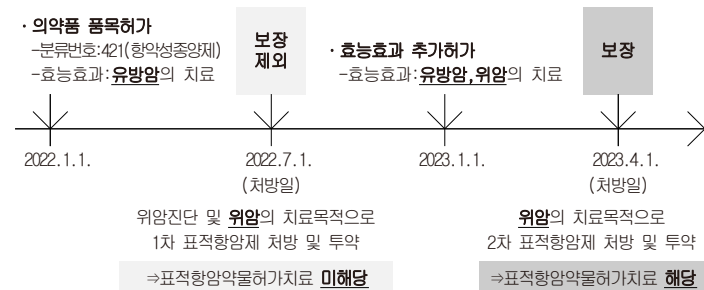


- ⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료를 받은 경우' 라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >

: 의약품의 효능효과 추가 허가



특별
약관

질병

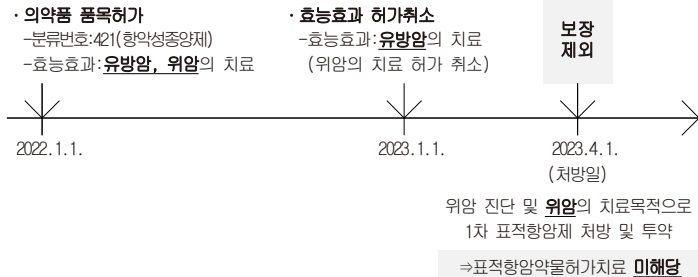
상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 > : 의약품의 효능효과 허가 취소



- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - (1) 진단명
 - (2) 투약한 약제의 제품명
 - (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질량심사위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아

닌 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 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암의 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-24 항암호르몬약물허가치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’으로 진단확정되고, 그 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

다만, 피보험자가 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 제1호의 암의 항암호르몬약물허가치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’은 항암호르몬약물허가치료보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신계약
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상	
1. 암의 항암호르몬약물허가치료보험금	‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	
2. 기타피부암의 항암호르몬약물허가치료보험금	‘기타피부암’으로 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우			
3. 갑상선암의 항암호르몬약물허가치료보험금	‘갑상선암’으로 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우			

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 소

견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

제3조 (항암약물치료의 정의)

이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (항암호르몬약물허가치료제 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암호르몬약물허가치료제’ ([별표23] 참조)란 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 치료제를 말합니다.

【용어해설】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과와 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘항암호르몬약물허가치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에서 ‘항암호르몬약물허가치료’라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의약품 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 ‘항암호르몬약물허가치료제’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

【용어해설】

< 암질환심의위원회 >

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증 환자)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」, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘항암호르몬약물허가치료제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 갱신계약에서 피보험자에게 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【유의사항】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우

2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ③ 제2항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

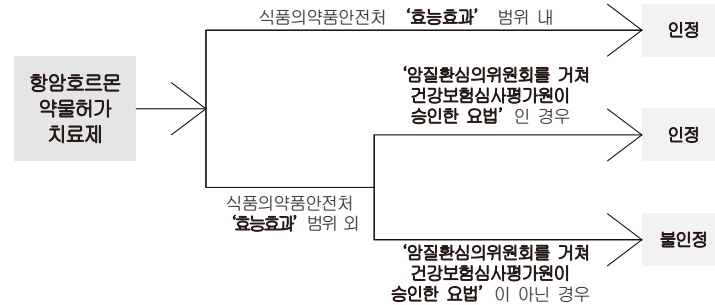
< ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료보험금은 항암호르몬약물허가치료를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

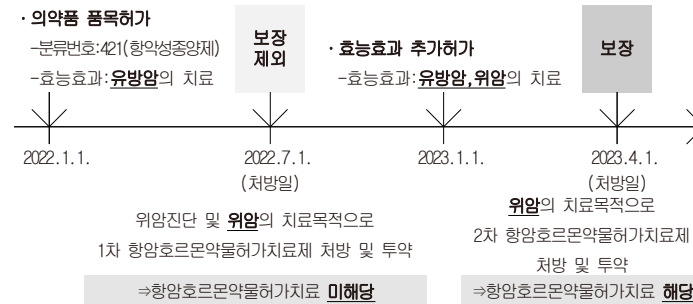
< 항암호르몬약물허가치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >



- ⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 ‘항암호르몬약물허가치료를 받은 경우’라 함은 항암호르몬약물허가치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(항암호르몬약물허가치료제 등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

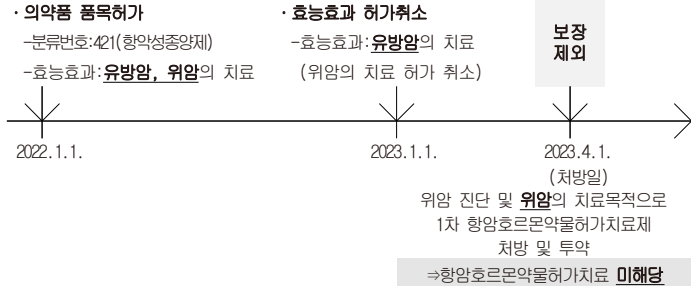
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 > : 의약품의 효능효과 추가 허가



【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 > : 의약품의 효능효과 허가 취소



- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
- 청구서(회사양식)
 - 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - 항암호르몬약물허가치료 증명서
 - 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)
(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - 진단명
 - 투약한 약제의 제품명
 - 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심사의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
 - 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아

닌 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 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일로부터 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암의 항암호르몬약물허가치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
- 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-25 항암방사선(양성자)치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암' 으로 진단확정되고, 그 '암' 의 치료를 직접

적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

다만, 피보험자가 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 제1호의 암의 항암방사선(양성자)치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’은 항암방사선(양성자)치료보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상	
1. 암의 항암방사선(양성자) 치료보험금	‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 항암방사선(양성자)치 료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	
2. 기타피부암의 항암방사선(양성자) 치료보험금	‘기타피부암’으로 항암방사선(양성자) 치료를 받은 경우			
3. 갑상선암의 항암방사선(양성자) 치료보험금	‘갑상선암’으로 항암방사선(양성자) 치료를 받은 경우			

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암방사선(양성자)치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선(양성자)치료’라 함은 제2항의 ‘항암방사선치료’ 중 방사선 종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피

보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

< 항암방사선(양성자)치료 >

방사선 치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리 된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 양성자 치료는 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화 합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 갱신계약에서 피보험자에게 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【 유의사항 】

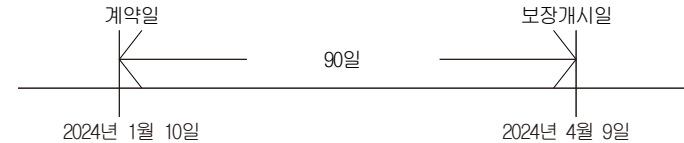
추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 감진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ③ 제2항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 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 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일로부터 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암의 항암방사선(양성자)치료보험금 지급사유 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를

- 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-26 항암방사선(세기조절)치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’으로 진단확정되고, 그 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

다만, 피보험자가 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 제1호의 암의 항암방사선(세기조절)치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’은 항암방사선(세기조절)치료보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신계약
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상	
1. 암의 항암방사선(세기조절)치료보험금	‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	
2. 기타피부암의 항암방사선(세기조절)치료보험금	‘기타피부암’으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우			
3. 갑상선암의 항암방사선(세기조절)치료보험금	‘갑상선암’으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우			

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’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 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)' 이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)' 로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암방사선(세기조절)치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 '항암방사선(세기조절)치료'라 함은 제2항의 '항암방사선치료' 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 '세기조절방사선치료법'을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료법을 말합니다.

다만, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

- ② 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

< 세기조절방사선치료법 >

방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 갱신계약에서 피보험자에게 '기타피부암', '갑상선암'으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 '기타피부암', '갑상선암'과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 '기타피부암', '갑상선암'이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ③ 제2항의 '보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암' ('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
- 다만, '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- ⑥ 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 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제7조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암의 항암방사선(세기조절)치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-27 항암방사선(주요방사성의약품)치료(연간1회환)(갱신형)
보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외) 및 ‘항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증’으로 진단확정되고, 그 ‘항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘방사성리간드약품 치료’를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
항암방사선 (방사성리간드약품) 치료 보험금	‘항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증’으로 ‘방사성리간드약품 치료’를 받은 경우	이 보장의 보험가입금액

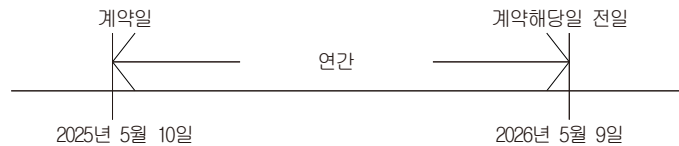
- ② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ 및 ‘항암방사선(방사성물질단독약품)치료 적응증’으로 진단확정되고, 그 ‘항암방사선(방사성물질단독약품)치료 적응증’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘방사성물질단독약품 치료’를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
항암방사선 (방사성물질단독약품) 치료 보험금	‘항암방사선(방사성물질단독약품)치료 적응증’ 으로 ‘방사성물질단독약품 치료’ 를 받은 경우	이 보장의 보험가입금액

- ③ 제1항 및 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증’ 이라 함은 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외) 중 제4조(방사성리간드약품 등의 정의) 제1항 및 제4항에서 정한 방사성리간드약품의 안정성과 유효성 인정범위에 따라 투약 처방이 가능한 ‘암’ (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 제외)을 말합니다.
- ② 제1항에 따라 현시점(2024년 9월 기준) ‘항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증’ 은 다음 각 호와 같이 한정되어 있습니다. 그러나, 투약 처방 시점에 ‘항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증’ 은 확대될 수 있으며, 이 때에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.
 1. 성인의 소마토스타틴 수용체 양성 신경내분비종양(GEP-NET)
 2. 안드로겐 수용체 경로 차단(APPI)치료와 탁산 기반의 화학요법을 받았던 성인의 전립선특이막항원(PSMA)양성 전이성 거세저항성 전립선암(mCRPC)
- ③ 이 특약에서 ‘항암방사선(방사성물질단독약품)치료 적응증’ 이라 함은 ‘암’ 중 제4조(방사성리간드약품 등의 정의) 제2항 및 제4항에서 정한 방사성물질단독약품의 안정성과 유효성 인정범위에 따라 투약 처방이 가능한 ‘암’ 을 말합니다.
- ④ 제3항에 따라 현시점(2024년 9월 기준) ‘항암방사선(방사성물질단독약품)치료 적응증’ 은 다음 각 호와 같이 한정되어 있습니다. 그러나, 투약 처방 시점에 ‘항암방사선(방사성물질단독약품)치료 적응증’ 은 확대될 수 있으며, 이 때에는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.
 1. 갑상선암

2. 갈색세포종

3. 신경아세포종

- ⑤ 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ⑥ 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑧ ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 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 합니다. 이 경우 ‘암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과 보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제8항에 따른 진단방법이 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 제8항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (항암방사선치료의 정의)

이 특약에서 ‘항암방사선치료’ 라 함은 방사선종양학과 또는 핵의학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제4조 (방사성리간드약품 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘방사성리간드약품’ ([별표30]주요방사성의약품 해당 성분명 및 의약품명 분류표 참조)이란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘431(방사성의약품)’ (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘방사성의약품’ 에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 주사 또는 경구 형태 등으로 방사성동위원소를 인체에 주입하여 해당 방사성동위원소에서 발생하는 알파선, 베타

선, 감마선 등 방사선이 암세포를 파괴하는 의약품으로, 특정 암세포를 표적하여 결합 가능한 리간드와 방사성동위원소를 결합한 형태의 약품을 말합니다.

- ② 이 특약에서 ‘방사성물질단독약품’ ([별표30]주요방사성의약품 해당 성분명 및 의약품 명 분류표 참조)이란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘431(방사성의약품)’ (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘방사성의약품’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 주사 또는 경구 형태 등으로 방사성동위원소를 인체에 주입하여 해당 방사성동위원소에서 발생하는 알파선, 베타선, 감마선 등 방사선이 암세포를 파괴하는 의약품으로, 방사성동위원소 단독으로 구성되어 있거나 방사성동위원소가 종양 발생 기관 또는 조직 내 특정 세포(신경내분비세포 등)에 흡수되는 물질(MIBG(Metaiodobenzylguanidine) 등)과 결합한 약품을 말합니다. 다만, 강내치료, 조직내치료, 관내치료, 자입치료 또는 색전술(경동맥방사선색전술(Transarterial radioembolization) 등)에서 활용한 방사성동위원소약품은 제외합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘방사성리간드약품 치료’ 및 ‘방사성물질단독약품 치료’라 함은 제3조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 ‘항암방사선치료’ 중 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증’ 또는 ‘항암방사선(방사성물질단독약품)치료 적응증’의 치료를 목적으로 제1항 및 제2항에서 정한 ‘방사성리간드약품’ 및 ‘방사성물질단독약품’을 ‘안전성과 유효성 인정 범위’ 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 진단 목적으로 투여하는 약품은 제외합니다.
- 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
- ⑤ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 주요방사성의약품의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항 및 제2항에서 정한 ‘방사성리간드약품’ 및 ‘방사성물질단독약품’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

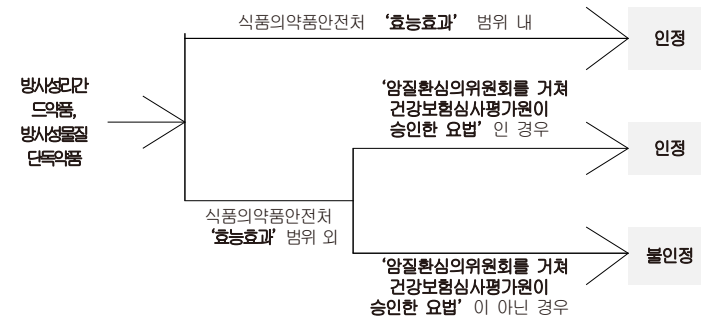
< 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 보장개시일을 갱신일로 합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 항암방사선(방사성리간드약품)치료 보험금 및 제2항의 항암방사선(방사성물질단독약품)치료 보험금은 ‘방사성리간드약품’, ‘방사성물질단독약품’을 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 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

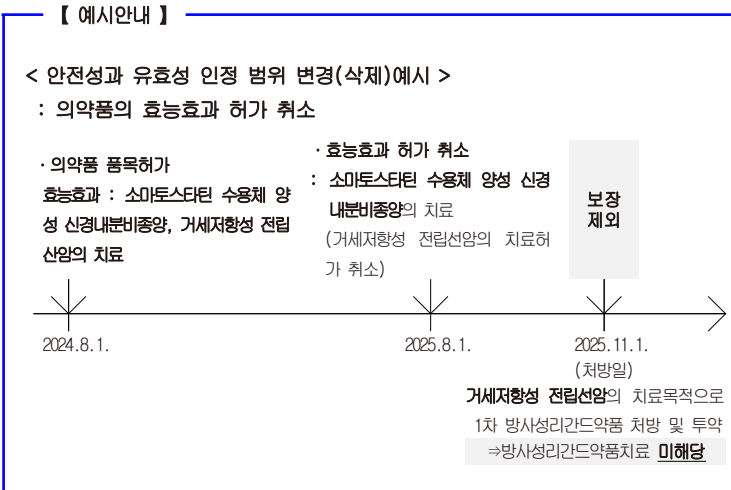
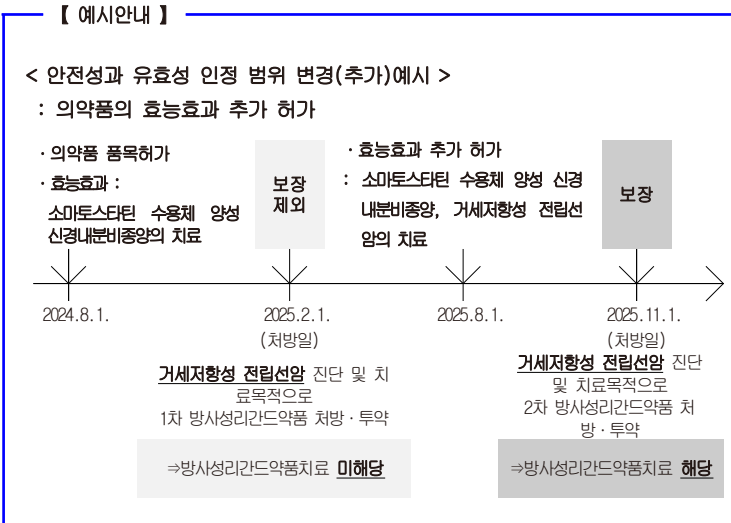
【 용어해설 】

< 방사성리간드약품 및 방사성물질단독약품의 안전성 및 유효성 인정 범위 >



- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 ‘방사성리간드약품치료’ 및 제2항의 ‘방사성물질단독약품치료’를 받은 경우라 함은 ‘방사성리간드약품’ 또는 ‘방사성물질단독약품’을 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(방사성리간드약품 등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가

변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도
래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



- ⑤ 회사는 피보험자가 받은 치료내용이 제2조(항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증 등의 정의)에서 정한 항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증 및 항암방사선(방사성물질 단독약품)치료 적응증에 해당하는 여부 또는 제4조(방사성리간드약품 등의 정의)에서 정한 방사성리간드약품 또는 방사성물질단독약품에 해당하는지 여부와 관련하여 명확한 확인을 위해 주치의나 처방한 의사에게 의견을 구하고 그에 따라 보험금을 결정할 수 있습니다.
- ⑥ 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 방사성리간드약품치료 및 방사성물질단독약품치료 증명서
가. 항암방사선(방사성리간드약품)치료 또는 항암방사선(방사성물질단독약품)치료 적응증 진단확인서, 방사성리간드약품치료 및 방사성물질단독약품치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
(1) 진단명
(2) 투약한 약품의 제품명
(3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 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.

제8조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타

피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- ② 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제21조(사기에 의한 계약), 보통약관 제22조(계약의 성립) 및 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '항암방사선(방사성리간드약품)치료 적응증' 및 '항암방사선(방사성물질단독약품)치료 적응증'에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제18조(계약

전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제20조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제12조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-28 항암방사선(중입자)치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(중입자)치료'를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상	
항암방사선(중입자)치료보험금	'암'으로 '항암방사선(중입자)치료'를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조 (암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 '암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ '암'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 합니다.

- 이 경우 ‘암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암방사선(종입자)치료의 정의)

- ① ‘항암방사선(종입자)치료’라 함은 제2항의 ‘항암방사선치료’ 중 국내에 허가된 종입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 암 환자의 몸 에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 ‘항암방사선치료’를 말하며, ‘항암방사선(양성자)치료’는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)를 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

- ③ ‘항암방사선(양성자)치료’ 라 함은 제2항의 ‘항암방사선치료’ 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.



【 용어해설 】

< 항암방사선(중입자)치료 >

항암방사선 치료의 하나로, 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 항암방사선(중입자)치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지의 일반 정상 조직에 조사되는 방사선이 적으며, 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되기 때문에 종양을 둘러싼 건강한 정상조직의 손상위험을 최소화한다는 점입니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용

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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 진료비세부내역서 등 항암방사선(중입자)치료여부를 확인할 수 있는 서류, 장애진단서, 입원치료확인서 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.



【 관련법규 】

※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건의료 등을 하는 의료기관

제7조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일로부터 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한

금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선(중입자)치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- ② 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제21조(사기에 의한 계약), 보통약관 제22조(계약의 성립) 및 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제18조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제20조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-29 전이암항암약물치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
전이암의 항암약물치료보험금	‘전이암’으로 항암약물 치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

제2조 (‘전이암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표”에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (항암약물치료 정의)

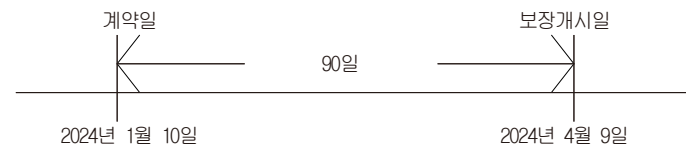
이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘전이암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘전이암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘전이암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘전이암’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘전이암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘전이암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제7조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암의 항암약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자직립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-30 전이암항암방사선치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’의 치

료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
전이암의 항암방사선치료보험금	‘전이암’으로 항암방사선 치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

제2조 (‘전이암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세포의 악성 신생물)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표”에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세포의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (항암방사선치료 정의)

이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘전이암’에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘전이암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘전이암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘전이암’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일로부터 ‘전이암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘전이암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제7조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암의 항암방사선치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약상상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-31 전이암표적항암약물허가치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘표적항암약물허가치료’를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상	
전이암의 표적항암약물 허가치료보험금	‘전이암’으로 ‘표적항암약물허가치료’를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조 (‘전이암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표”에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’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 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (항암약물치료의 정의)

이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘표적항암제’란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’ (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 ‘표적항암제’의 범위

에서 제외됩니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
- 단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : 「효능·효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 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.

- ② 이 특약에서 ‘표적항암약물허가치료’라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’의 치료를 직접적인 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, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회 >

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증 환자)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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(융복합요법포함)

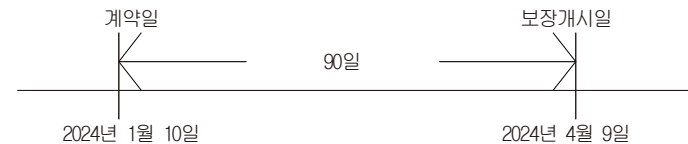
- ④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘표적항암제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘전이암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘전이암’에 대한 보장개시 >



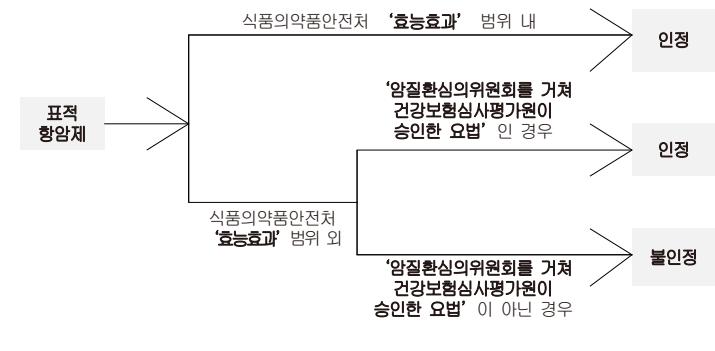
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘전이암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

< 표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >

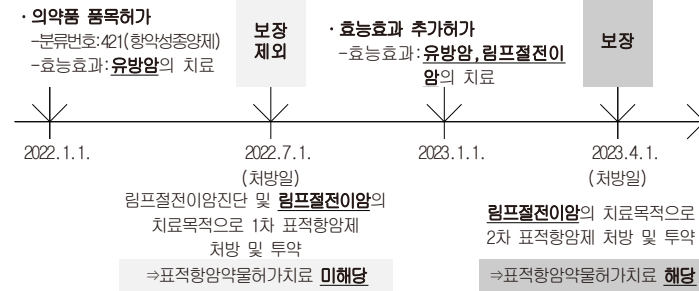


- ④ 제1조(보험금의 지급사유)의 '표적항암물허가치료를 받은 경우'라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >

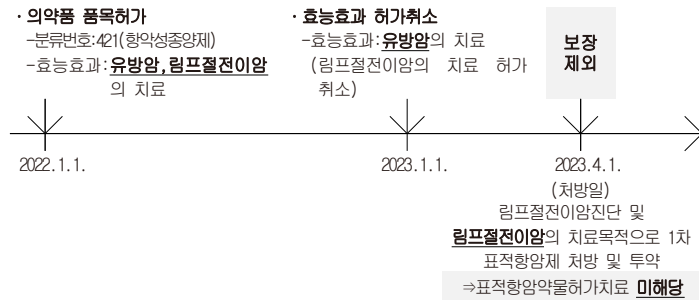
：의약품의 효능효과 추가 허가



【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >

：의약품의 효능효과 허가 취소



- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - (1) 진단명
 - (2) 투약한 약제의 제품명
 - (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 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.

제8조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘전이암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘전이암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제9조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암의 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-32 전이암항암호르몬약물허가치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신계약
		계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상	
전이암의 항암호르몬약물 허가치료보험금	‘전이암’으로 ‘항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조 (‘전이암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악

성 신생물)을 말합니다.

- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표” 에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’ 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘전이암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (항암약물치료의 정의)

이 특약에서 ‘항암약물치료’ 라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (항암호르몬약물허가치료제 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암호르몬약물허가치료제’ ([별표23] 참조)란 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 치료제를 말합니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당

장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과와 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
- 단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’ 를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘항암호르몬약물허가치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에서 ‘항암호르몬약물허가치료’ 라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 ‘항암호르몬약물허가치료제’ 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, ‘암질환심사위원회’ 를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다) 으로 사용된 경우

【용어해설】

< 암질환심의위원회 >

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증 환자)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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '항암호르몬약물허가치료제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【예시안내】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'

에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료보험금은 항암호르몬약물허가치료제를 식품의약품안전처에서 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.

【용어해설】

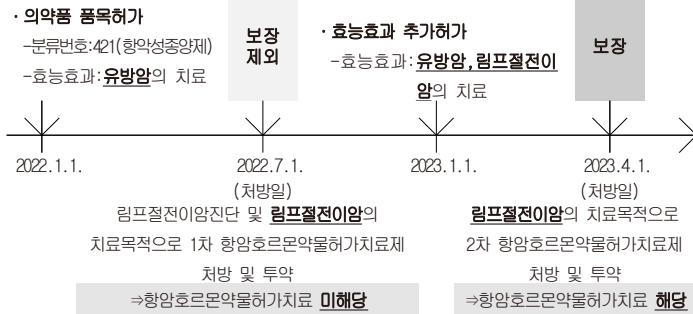
< 항암호르몬약물허가치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >



- ④ 제1조(보험금의 지급사유)의 '항암호르몬약물허가치료를 받은 경우'라 함은 항암호르몬 약물허가치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.
다만, 제4조(항암호르몬약물허가치료제 등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

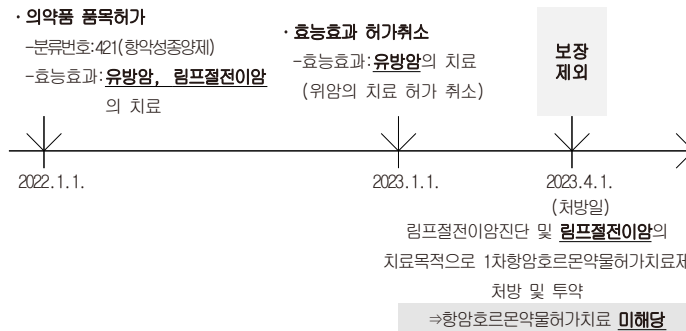
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가



【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소



- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
가. 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)
(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
(1) 진단명
(2) 투약한 약제의 제품명
(3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 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.

제8조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제9조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암의 항암호르몬약물허가치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-33 전이암항암방사선(양성자)치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액	
		최초계약	
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
전이암의 항암방사선(양성자) 치료보험금	‘전이암’으로 항암방사선(양성자)치 료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

제2조 (‘전이암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악

성 신생물)을 말합니다.

- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표”에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’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 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (항암방사선(양성자)치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선(양성자)치료’라 함은 제2항의 ‘항암방사선치료’ 중 방사선 종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

< 항암방사선(양성자)치료 >

방사선 치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리 된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 양성자 치료는 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화 합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제7조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암의 항암방사선(양성자)치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-34 전이암항암방사선(세기조절)치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신계약
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상	
전이암의 항암방사선(세기조절) 치료보험금	‘전이암’으로 항암방사선(세기조절) 치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조 (‘전이암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세포의 악성 신생물)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표”에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세포의 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (항암방사선(세기조절)치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선(세기조절)치료’라 함은 제2항의 ‘항암방사선치료’ 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 ‘세기조절방사선치료법’을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료법을 말합니다. 다만, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

< 세기조절방사선치료법 >

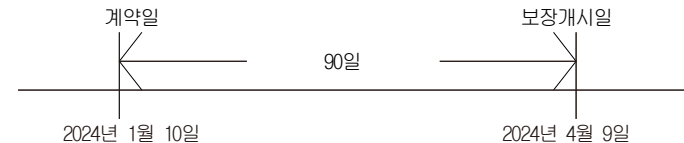
방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘전이암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘전이암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘전이암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘전이암’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘전이암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘전이암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제7조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암의 항암방사선(세기조절)치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-35 암수술(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’으로 진단 확정되고, 상급종합병원 또는 국립암센터에서 그 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자

에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
1. 암 수술보험금	‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 유사암 수술보험금	‘기타피부암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
	‘갑상선암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 수술을 받은 경우	
	‘제자리암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 수술을 받은 경우	
	‘경계성종양’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 수술을 받은 경우	

제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정

시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술방법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

[신의료기술평가위원회]

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개 또는 배농술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - 전기소작술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

제4조 (항암방사선치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문직) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제6조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 ‘국립암센터’라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

【 관련법규 】

< 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) >

- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, ‘유사암’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수술보험금이 지급되지 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.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제10조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
 다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-36 항암약물치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’으로 진단확정되고, 그 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암약물치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)
 다만, 피보험자가 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 제1호의 암의 항암약물치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’은 항암약물치료보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암의 항암약물치료보험금	‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암약물 치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암의 항암약물치료보험금	‘기타피부암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암약물 치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
3. 갑상선암의 항암약물치료보험금	‘갑상선암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암약물치료를 받은 경우	

제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’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 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암약물치료의 정의)

이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【관련법규】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제5조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 ‘국립암센터’라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

【관련법규】

< 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) >

- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 갱신계약에서 피보험자에게 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 중앙세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

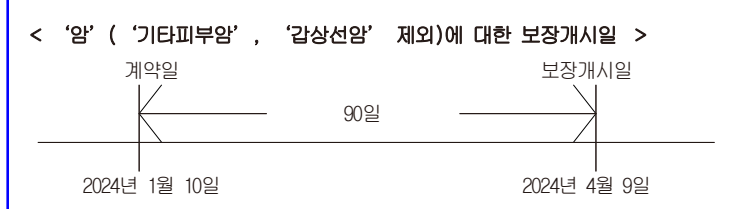
【유의사항】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ③ 제2항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
- 다만, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
- 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일로부터 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제9조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 ‘암의 항암약물치료보험금 지급사유’가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-37 항암방사선치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형) 보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’으로 진단확정되고, 그 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

다만, 피보험자가 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 제1호의 암의 항암방사선치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’은 항암방사선치료보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암의 항암방사선치료보험금	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 상급종합병원 또는 국립 암센터에서 항암방사선치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암의 항암방사선치료보험금	‘기타피부암’ 으로 상급종합병원 또 는 국립암센터에서 항암방사선치료 를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
3. 갑상선암의 항암방사선치료보험금	‘갑상선암’ 으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선치료를 받은 경우	

제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암방사선치료의 정의)

이 특약에서 ‘항암방사선치료’ 라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제4조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제5조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 ‘국립암센터’라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

【 관련법규 】

< 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) >

- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 갱신계약에서 피보험자에게 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【 유의사항 】

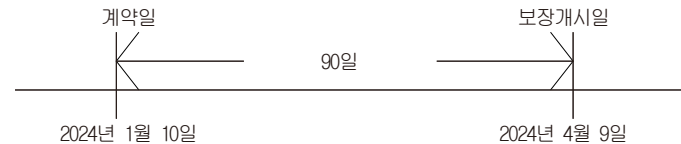
추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ③ 제2항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일로부터

‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암의 항암방사선치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적정한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-38 표적항암약물허가치료(상급종합병원(국립암센터포함)) (갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’으로 진단확정되고, 그 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘표적항암약물허가치료’를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)
다만, 피보험자가 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 제1호의 암의 표적항암약물허가치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’은 표적항암약물허가치료보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상	
1. 암의 표적항암약물 허가치료보험금	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘표적항암약물허가치료’를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	
2. 기타피부암의 표적항암약물 허가치료보험금	‘기타피부암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘표적항암약물허가치료’를 받은 경우			
3. 갑상선암의 표적항암약물 허가치료보험금	‘갑상선암’으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘표적항암약물허가치료’를 받은 경우			

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’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 합니다. 이 경우 ‘암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< '진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)' 이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)' 로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암약물치료의 정의)

이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

- ① 이 특약에서 '표적항암제'란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 '표적항암제'의 범위에서 제외됩니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과와 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
- 단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 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.

- ② 이 특약에서 '표적항암약물허가치료'라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암'의 치료를 직접적인 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, '암질환심의위원회'를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회 >

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증 환자)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 건강보험 심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양 기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질 환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 '상급종합병원' 이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문직) 제1항에 따라 전문직이 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제6조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 '국립암센터' 라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암

센터를 말합니다.

【 관련법규 】

< 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) >

- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 갱신계약에서 피보험자에게 '기타피부암', '갑상선암' 으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 '기타피부암', '갑상선암' 과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 '기타피부암', '갑상선암' 이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【 유의사항 】

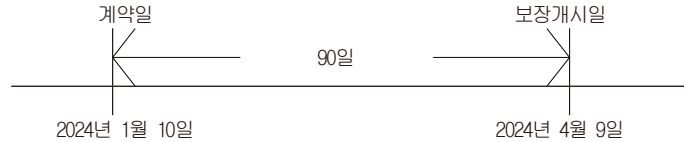
추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ③ 제2항의 '보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안' 이라 함은 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암' ('기타피부암', '갑상선암' 제외) 에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '기타피부암' 및 '갑상선암' 에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

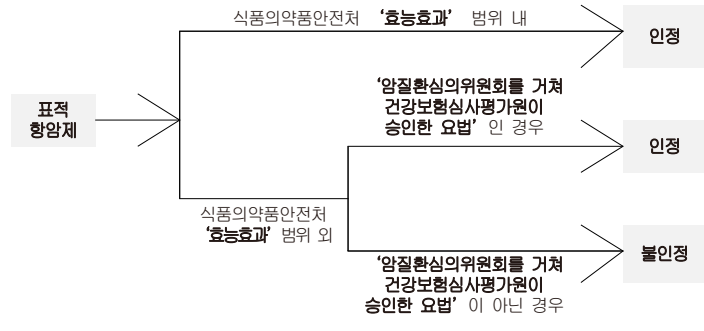
< ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
- 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(항후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

< 표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >



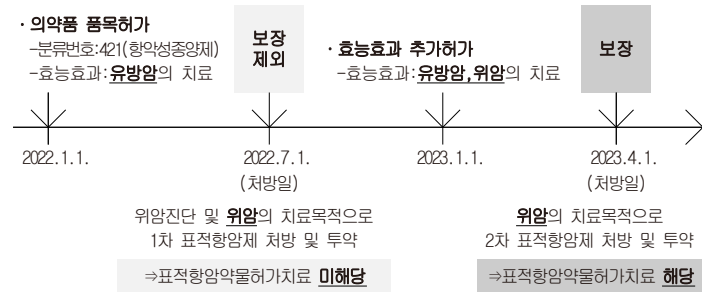
- ⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 ‘표적항암물허가치료를 받은 경우’라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조

(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >

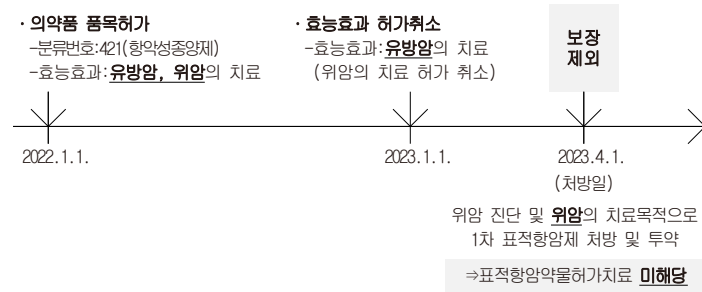
: 의약품의 효능효과 추가 허가



【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >

: 의약품의 효능효과 허가 취소



- 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.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - (1) 진단명
 - (2) 투약한 약제의 제품명
 - (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 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.

제10조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제11조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암의 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제12조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 및 제11조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제13조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-39 항암호르몬약물허가치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ 으로 진단확정되고, 그 ‘암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 ‘항암호르몬약물허가치료(주사제)’ 를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암의 항암호르몬약물허가치료 보험금(주사제)	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 ‘항암호르몬약물허가치료(주사제)’ 를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암, 갑상선암의 항암호르몬약물허가치료 보험금(주사제)	‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’ 으로 ‘항암호르몬약물허가치료(주사제)’ 를 받은 경우	

- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ 으로 진단확정되고, 그 ‘암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암호르몬약물허가치료(주사제 외)’ 를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

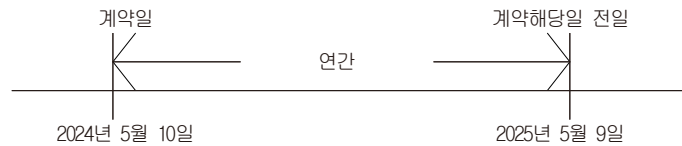
간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암의 항암호르몬약물허가치 료보험금(주사제 외)	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 ‘항암호르몬약물허가치료(주사 제 외)’ 를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암, 갑상선암의 항암호르몬약물허가치 료보험금(주사제 외)	‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’ 으로 으로 ‘항암호르몬약물허가치료(주사 제 외)’ 를 받은 경우	

③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 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 소

견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

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

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (입원 등의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원(요양병원 제외) 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【유의사항】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

- ② 이 특약에서 ‘통원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (항암약물치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘주사제’라 함은 소화관 대신 피부, 정맥 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

제5조 (항암호르몬약물허가치료제 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암호르몬약물허가치료제’([별표23] 참조)란 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 치료제를 말합니다.

【용어해설】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과와 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘항암호르몬약물허가치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에서 ‘항암호르몬약물허가치료제’라 함은 제4조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 ‘항암호르몬약물허가치료제’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, ‘암질향상의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회 >

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증 환자)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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬악물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '항암호르몬악물허가치료제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일 수 및 항암호르몬악물치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조 (항암약물치료 등의 정의) 및 제5조 (항암호르몬악물허가치료제 등의 정의)의 항암호르몬악물허가치료(주사제)에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

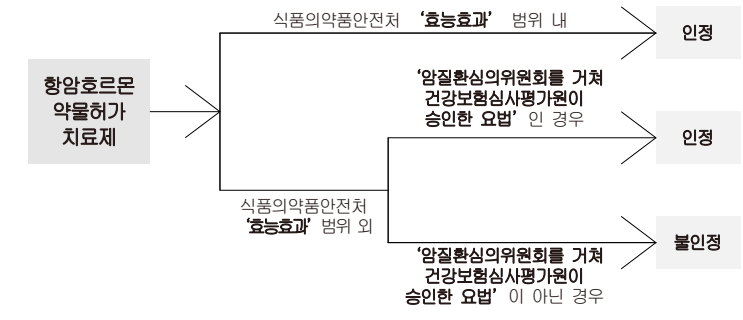
< '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조((보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬악물허가치료보험금은 항암호르몬악물허가치료제를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

< 항암호르몬악물허가치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >



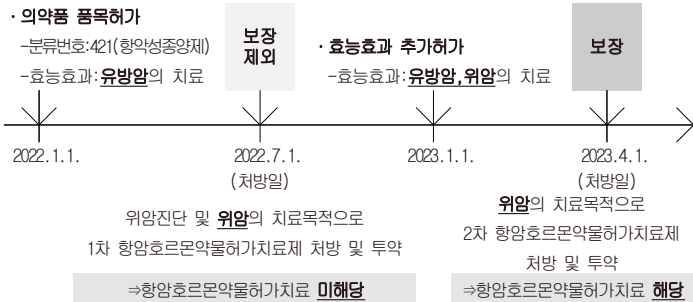
- ⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 '항암호르몬악물허가치료를 받은 경우'라 함은 항암호르몬악물허가치료제를 처방받고 악물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로

합니다.

다만, 제5조(항암호르몬약물허가치료제 등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

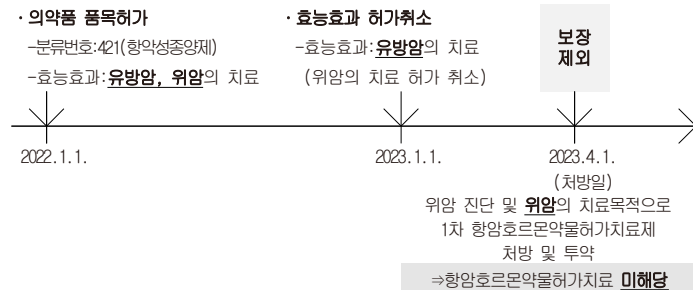
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 > : 의약품의 효능효과 추가 허가



【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 > : 의약품의 효능효과 허가 취소



- 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (보험금의 청구)

- 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 청구서(회사양식)
 - 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - 항암호르몬약물허가치료 증명서
 - 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 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 의사처방전 및 약제비 계산서
 - 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)
 - 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암' ('기타피부암' , '감상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암' ('기타피부암' , '감상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제10조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

제12조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-40 항암방사선(세기조절)치료(상급종합병원(국립암센터포함)) (갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’으로 진단확정되고, 그 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

다만, 피보험자가 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 제1호의 암의 항암방사선(세기조절)치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’은 항암방사선(세기조절)치료보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신계약
		계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상	
1. 암의 항암방사선 (세기조절) 치료보험금	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선(세기조절) 치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	
2. 기타피부암의 항암방사선 (세기조절) 치료보험금	‘기타피부암’ 으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선(세기조절) 치료를 받은 경우			
3. 갑상선암의 항암방사선 (세기조절) 치료보험금	‘갑상선암’ 으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 항암방사선(세기조절) 치료를 받은 경우			

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’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 합니다.
이 경우 ‘암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< '진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)' 이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)' 로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암방사선(세기조절)치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 '항암방사선(세기조절)치료'라 함은 제2항의 '항암방사선치료' 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 '세기조절방사선치료법'을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료법을 말합니다. 다만, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

- ② 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

< 세기조절방사선치료법 >

방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

제4조 (상급종합병원의 정의)

이 보장에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문요) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제5조 (국립암센터의 정의)

이 보장에서 '국립암센터'라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

【 관련법규 】

< 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) >

- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영함

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 갱신계약에서 피보험자에게 '기타피부암', '갑상선암'으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일

이후 이미 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【유의사항】

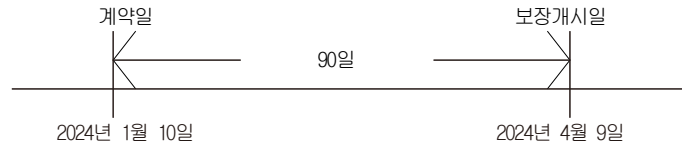
추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ③ 제2항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【예시안례】

< ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일로부터 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암의 항암방사선(세기조절)치료보형금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-41 전이암항암약물치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
전이암의 항암약물치료보험금 (주사제)	'전이암'으로 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

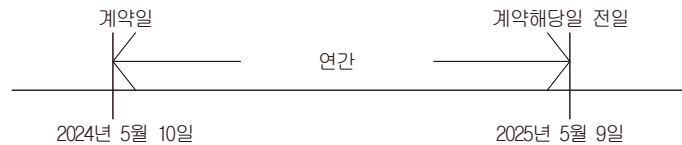
- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다

보험금의 종류		지급금액
전이암의 항암약물치료보험금 (주사제 외)	'전이암'으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

- ③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 ('전이암' 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악

성 신생물)을 말합니다.

- ③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

제3조 (입원 등의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원(요양병원 제외) 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

- ② 이 특약에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (항암약물치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 '주사제'라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일 수 및 항암약물치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조(항암약물치료 등의 정의)의 항암약물치료에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 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, 보험

금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제7조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적입한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-42 전이암항암방사선치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 치료당 1회에 한하여 보

형수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
전이암의 항암방사선치료보험금	‘전이암’으로 항암방사선 치료를 받은 경우	특약 가입금액의 100% 해당액

제2조 (‘전이암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표”에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (항암방사선치료의 정의)

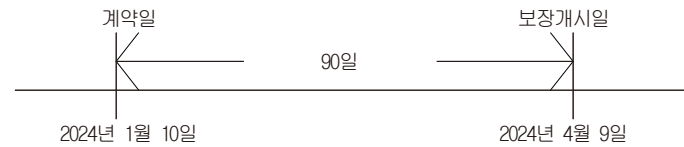
이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘전이암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘전이암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘전이암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘전이암’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘전이암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘전이암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조 (특약의 소멸)

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-43 전이암표적항암약물허가치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 ‘표적항암약물허가치료(주사제)’를 받은 경우에는 아래의 금액을 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
전이암의 표적항암약물허가치료 보험금(주사제)	‘전이암’으로 ‘표적항암약물허가치료(주사제)’를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘표적항암약물허가치료(주사제 외)’를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
전이암의 표적항암약물허가치료 보험금(주사제 외)	‘전이암’으로 ‘표적항암약물허가치료(주사제 외)’를 받은 경우	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

- ③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘전이암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세포암의 악성 신생물)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표”에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세포암 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (입원 등의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원(요양병원 제외) 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

- ② 이 특약에서 ‘통원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (항암약물치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘주사제’라 함은 소화관 대신 피부, 정맥 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

제5조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘표적항암제’란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’ (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 ‘표적항암제’의 범위에서 제외됩니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과와 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품명대를 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.

- ② 이 특별약관에서 ‘표적항암약물허가치료’라 함은 제4조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’의 치료를 직접적인 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, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회 >

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증 환자)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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '표적항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일 수 및 표적항암약물허가치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조 (항암약물치료 등의 정의) 및 제5조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)의 표적항암약물허가치료(주사제)에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

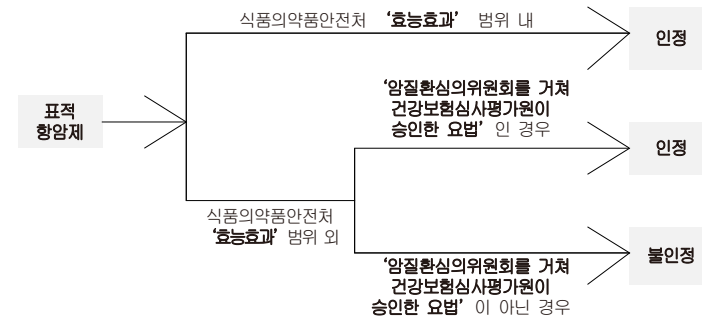
< '전이암'에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 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.

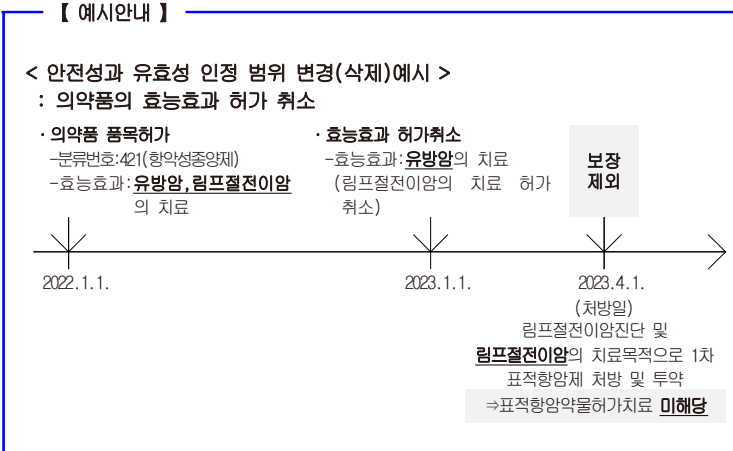
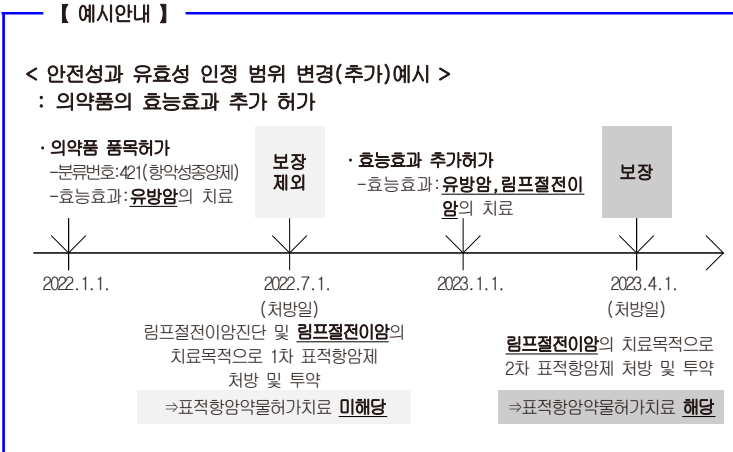
【 용어해설 】

< 표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >



- ⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료를 받은 경우'라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조

(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자 기준으로 합니다.



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, 보험

금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (보험금의 청구)

- 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 청구서(회사양식)
 - 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - 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 의사처방전 및 약제비 계산서
 - 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)
 - 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 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제10조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제10조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
 다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-44 전이암항암호르몬약물허가치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 ‘항암호르몬약물허가치료(주사제)’를 받은 경우에는 아래의 금액을 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
전이암의 항암호르몬약물허가치료 보험금(주사제)	‘전이암’으로 ‘항암호르몬약물허가치료(주사제)’를 받은 경우	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

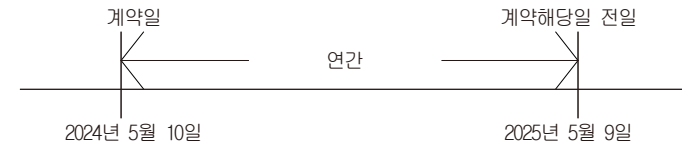
- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암호르몬약물허가치료(주사제 외)’를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
전이암의 항암호르몬약물허가치료 보험금(주사제 외)	‘전이암’으로 ‘항암호르몬약물허가치료(주사제 외)’를 받은 경우	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

- ③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘전이암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표”에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (입원 등의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘입원’ 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 ‘전이암’ 의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원(요양병원 제외) 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

- ② 이 특약에서 ‘통원’ 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 ‘전이암’ 의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (항암약물치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암약물치료’ 라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘주사제’ 라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

제5조 (항암호르몬약물허가치료제 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암호르몬약물허가치료제’ ([별표23] 참조)란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는 데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는 데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’ 를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘항암호르몬약물허가치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에서 ‘항암호르몬약물허가치료’ 라 함은 제4조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 ‘항암호르몬약물허가치료제’ 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

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회 >

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증 환자)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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬억제제(항암호르몬억제제)의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '항암호르몬억제제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일 수 및 항암호르몬억제제(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조 (항암억제제 등의 정의) 및 제5조 (항암호르몬억제제(주사제) 등의 정의)의 항암호르몬억제제(주사제)에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

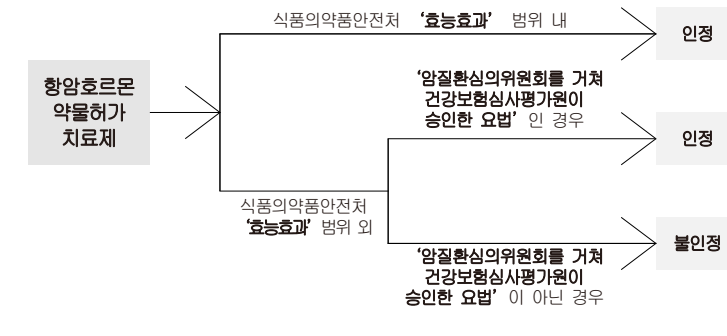
< '전이암'에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬억제제(항암호르몬억제제)는 항암호르몬억제제(항암호르몬억제제)는 식품의약품안전처에서 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.

【 용어해설 】

< 항암호르몬억제제(항암호르몬억제제)의 안전성 및 유효성 인정 범위 >

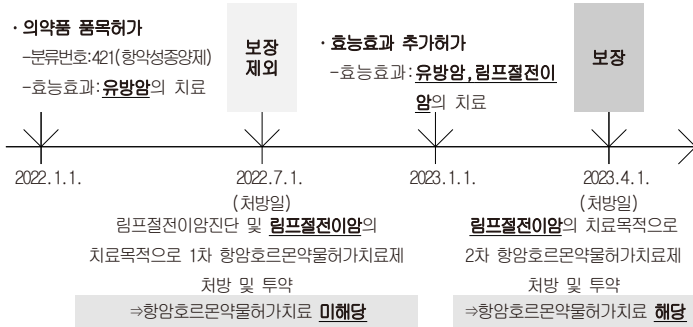


- ⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 '항암호르몬억제제(항암호르몬억제제)를 받은 경우'라 함은 항암호르몬억제제(항암호르몬억제제)를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.
다만, 제5조(항암호르몬억제제(항암호르몬억제제) 등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정

범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

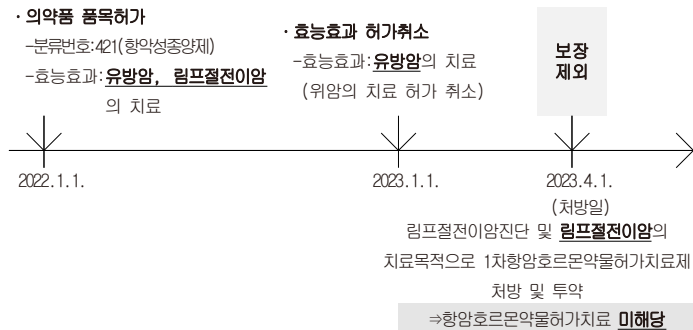
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가



【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소



⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다

다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (보험금의 청구)

- 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 청구서(회사양식)
 - 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - 항암호르몬약물허가치료 증명서
가. 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 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
- 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일로부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제10조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제10조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
 다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-45 전이암항암방사선(양성자)치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
전이암의 항암방사선(양성자)치료보험금	‘전이암’으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우	특약가입금액의 100% 해당액

제2조 (‘전이암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악

성 신생물)을 말합니다.

- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표”에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’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 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (항암방사선(양성자)치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선(양성자)치료’라 함은 제2항의 ‘항암방사선치료’ 중 방사선 종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

< 항암방사선(양성자)치료 >

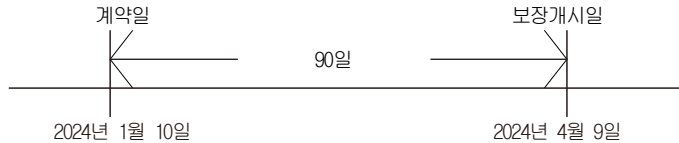
방사선 치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리 된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 양성자 치료는 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화 합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘전이암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘전이암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘전이암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘전이암’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(양성자)치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회에 간주합니다
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘전이암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘전이암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제7조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-46 전이암항암방사선(세기조절)치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

보험금의 종류		지급금액
전이암의 항암방사선 (세기조절) 치료보험금	‘전이암’ 으로 항암방사선(세기조절))치료를 받은 경우	특약가입금액의 100% 해당액

제2조 (‘전이암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’ 이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’ 을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’ 에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세포의 악성 신생물)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표” 에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세포의 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’ 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사(의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘전이암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (항암방사선(세기조절)치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선(세기조절)치료’ 라 함은 제2항의 ‘항암방사선치료’ 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 ‘세기조절방사선치료법’ 을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료법을 말합니다. 다만, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암방사선치료’ 라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

< 세기조절방사선치료법 >

방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘전이암’ 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘전이암’ 에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘전이암’ 에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘전이암’ 에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(세기조절)치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다

다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘전이암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘전이암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제7조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-47 카티(CAR-T)항암약물허가치료(연간1회환)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

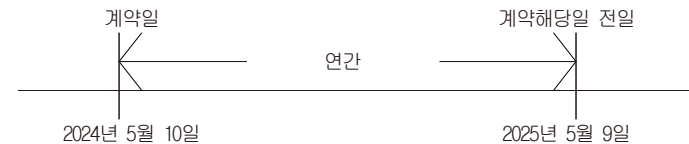
- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증’으로 진단확정되고, 그 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료’를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
카티항암약물허가치료보험금	‘카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증’으로 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료’를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (‘카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증’ 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증’이라 함은 ‘암’ 중 제4조 (카티(CAR-T)항암약물허가치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의) 제 1항 및 제3항에서 정한 카티(CAR-T)치료제의 안정성과 유효성 인정범위에 따라 투약 처방이 가능한 ‘암’을 말합니다.
- ② 제1항에 따라 현시점(2023년 7월 기준) ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증’은 다음 각 호와 같이 한정되어 있습니다. 그러나, 투약 처방 시점에 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료적응증’은 확대될 수 있으며, 이 때에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
 1. B세포 급성 림프성 백혈병(ALL)
 2. 미만성 거대 B세포 림프종(DLBCL)
 3. 다발골수종
- ③ 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신

생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ④ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ 제6항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제6항에 따른 진단방법이 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 제6항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암약물치료의 정의)

이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조 (카티(CAR-T)항암약물허가치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의)

- ① 이 특약에서 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제' ([별표9]카티(CAR-T)항암약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 분류표 참조)란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로, 환자의 면역세포를 채집하여 체외로 추출한 후 항체 바이러스 벡터를 활용하여 암세포의 표면항원에 특이적으로 반응하는 키메라항원수용체T세포(CAR-T 세포)를 발현시킨 뒤 다시 환자의 몸에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

【 용어해설 】

<카티(CAR-T)항암약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내>

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.

· 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “카티(CAR-T)항암약물허가치료제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에서 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료제’라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증’의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료제’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 한함)’으로 사용된 경우

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회 >

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증 환자)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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료제’의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고

하고 이 특약에서 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

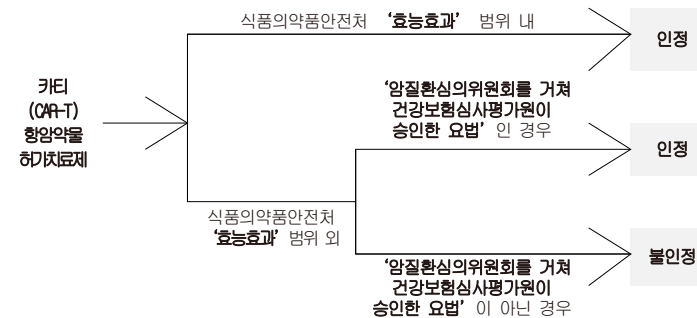
< 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 카티(CAR-T)항암약물허가치료보험금은 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료제’를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(항후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

< 카티(CAR-T)항암약물허가치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >



- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료제’를 받은 경우라 함은 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료제’를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초

특별
약관

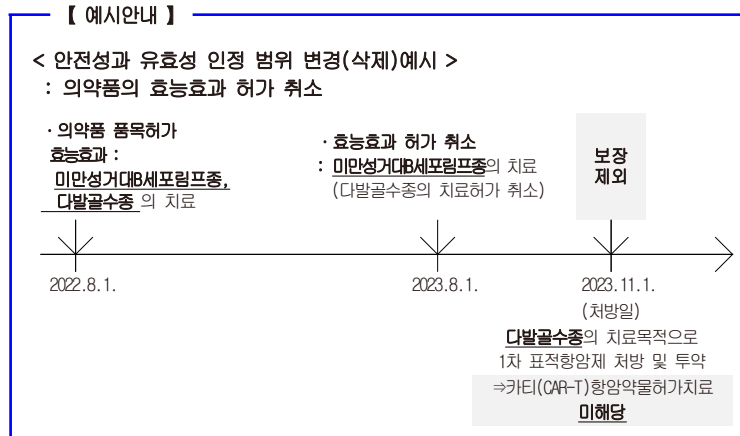
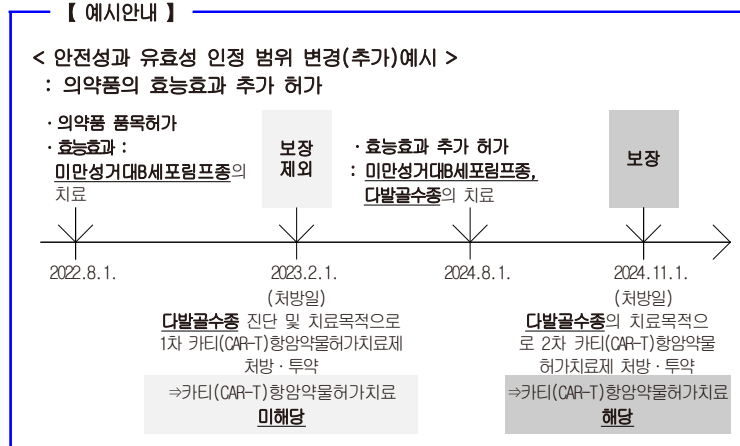
질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(‘카티(CAR-T)항암약물허가치료제’ 및 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료’의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



- 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, 보험

금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
- 청구서(회사양식)
 - 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - 카티(CAR-T)항암약물허가치료 증명서
가. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증 진단확인서, 카티(CAR-T)항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
(1) 진단명
(2) 투약한 약제의 제품명
(3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
 - 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)
 - 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 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-48 갑상선암수술후호르몬약물치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘갑상선암’으로 진단확정되고, 그 ‘갑상선암’의 수술 후 ‘갑상선암수술후호르몬약물치료’를 받은 경우에는 최초1회에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
갑상선암수술후 호르몬약물치료 보험금	‘갑상선암’으로 진단확정되고, 그 ‘갑상선암’의 수술 후 ‘갑상선암수술후 호르몬약물치료’를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

제2조 (갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제2항에 따른 진단방법이 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 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (갑상선암수술후호르몬약물치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘갑상선암수술후호르몬약물치료’라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진자가 갑상선암호르몬치료제를 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 ‘갑상선암호르몬치료제’라 함은 피보헴자의 ‘갑상선암’ 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 사용되는 호르몬 관련 약제를 말하며, ‘항암약물치료’는 해당되지 않습니다.
- ③ 식품의약품안전처 예규 ‘의약품 등 분류번호에 관한 규정’에서 갑상선암호르몬치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘갑상선암호르몬치료제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

【 용어해설 】

< 갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
- 단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘갑상선암호르몬치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

[신의료기술평가위원회]

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

- ⑤ 제1항 내지 제3항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

제5조 (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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암수술후호르몬약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적정한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-49 암수술(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’ 으로 진단 확정되고, 그 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
1. 암 수술보험금	‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 유사암 수술보험금	‘기타피부암’ 으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
	‘갑상선암’ 으로 수술을 받은 경우	
	‘제자리암’ 으로 수술을 받은 경우	
	‘경계성종양’ 으로 수술을 받은 경우	

제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생

물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특약에서 ‘유사암’ 이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’ , 제4항에서 정한 ‘갑상선암’ , 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’ 을 총칭합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘수술’ 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【용어해설】

[신의료기술평가위원회]

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

【예시안내】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

- ⑤ 제1항 내지 제3항의 ‘수술’ 은 ‘항암방사선치료’ 와 ‘항암약물치료’ 는 제외합니다.

제4조 (항암방사선치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’ 라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
 - ② 이 특약에서 ‘항암약물치료’ 라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
- 다만, ‘유사암’ 에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수술보험금이 지급되지 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-50 전이암수술(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
전이암 수술보험금	‘전이암’으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (‘전이암’ 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] ‘전이암 분류표’에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표”에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

- ④ ‘전이암’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 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

[신의료기술평가위원회]

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개 또는 배농술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - 전기소작술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조 (항암방사선치료 등의 정의)

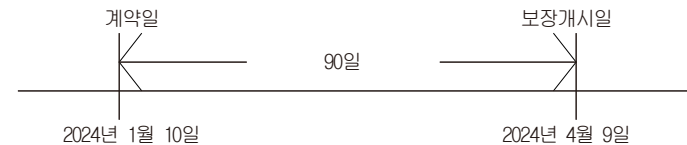
- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘전이암’에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일을 지난 날의 다음날

【 예시안내 】

< ‘전이암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘전이암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘전이암’에 대한 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수술보험금이 지급되지 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

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다

제7조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘전이암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘전이암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자직립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-51 다빈치로봇암수술(최초1회한)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (갑상선암 및 전립선암제외)으로 진단 확정되고 그 ‘암’ (갑상선암 및 전립선암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 다빈치로봇 암수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
다빈치로봇 암수술 (갑상선암 및 전립선암제외) 보험금	‘암(갑상선암 및 전립선암제외)’으로 진단확정되고 그 ‘암(갑상선암 및 전립선암제외)’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘다빈치로봇암수술’을 받은 경우	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’으로 진단확정되고 그 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’의 치료를 직접적인 목적으로 다빈치로봇암수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
다빈치로봇 암수술 (갑상선암 및 전립선암) 보험금	‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’으로 진단확정되고 그 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘다빈치로봇암수술’을 받은 경우	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악

성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 '전립선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 C61)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ '암', '갑상선암' 및 '전립선암' 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 합니다. 이 경우 '암', '갑상선암' 및 '전립선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '갑상선암' 및 '전립선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(다빈치로봇암수술의 정의)

- ① 이 특약에서 '로봇암수술'이라 함은 암의 직접적인 치료를 목적으로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 아래의 '로봇수술 분류표'에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
로봇 보조 수술	QZ966

- ② 이 특별약관에서 '다빈치로봇암수술'이라 함은 제1항에서 정한 '로봇암수술' 중 다빈치(daVinci)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

【 용어해설 】

【다빈치로봇암수술】

다빈치로봇암수술이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci) 기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 통하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

- ③ 제1항의 진료행위에 해당하지 않더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 ‘다빈치로봇암수술’을 받은 것으로 봅니다.
- ④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘다빈치로봇암수술’에 준하여 보장 여부를 결정합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 ‘다빈치로봇암수술’ 외에 ‘다빈치로봇암수술’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술
 8. 항암방사선치료 및 항암약물치료

【 용어해설 】

【신의료기술평가위원회】

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술 · 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개 또는 배농술 · 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - 전기소작술 · IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조 (항암방사선치료 등의 정의)

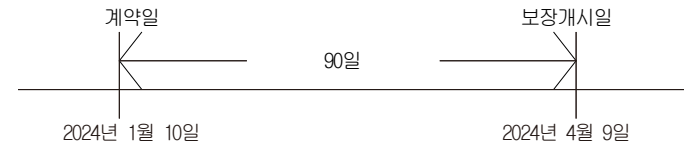
- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우

에는 ‘암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 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 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제10조 (특약의 소멸)

- ① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 다빈치로봇암수술(갑상선암 및 전립선암제외) 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제1항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 다빈치로봇암수술(갑상선암 및 전립선암) 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제2항 보장

은 그 때부터 효력이 없습니다.

- ③ 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제10조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-52 로봇암수술(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (갑상선암및전립선암제외)으로 진단확정되고 그 ‘암’ (갑상선암및전립선암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 다빈치로봇암수술 또는 레보아이로봇암수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
로봇암수술 (다빈치및레보아이) (갑상선암 및 전립선암제외) 보험금	‘암(갑상선암 및 전립선암제외)’으로 진단확정되고 그 ‘암(갑상선암 및 전립선암제외)’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘다빈치로봇암수술’ 또는 ‘레보아이로봇암수술’을 받은 경우	이 보장의 보험가입금액

- ② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’으로 진단확정

되고 그 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’의 치료를 직접적인 목적으로 다빈치로봇암수술 또는 레보아이로봇암수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
로봇암수술 (다빈치및레보아이) (갑상선암 및 전립선암) 보험금	‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’으로 진단확정되고 그 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘다빈치로봇암수술’ 또는 ‘레보아이로봇암수술’을 받은 경우	이 보장의 보험가입금액

제2조(암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘전립선암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 C61)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’ 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(다빈치로봇암수술 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 ‘로봇암수술’이라 함은 암의 직접적인 치료를 목적으로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 아래의 ‘로봇수술 분류표’에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
로봇 보조 수술	QZ966

- ② 이 특별약관에서 ‘다빈치로봇암수술’이라 함은 제1항에서 정한 ‘로봇암수술’ 중 다빈치(daVinci)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 ‘레보아이로봇암수술’이라 함은 제1항에서 정한 ‘로봇암수술’ 중 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

【 용어해설 】

【다빈치·레보아이로봇암수술】

다빈치·레보아이로봇암수술이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 통하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

- ④ 제1항의 진료행위에 해당하지 않더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 ‘다빈치로봇암수술’ 또는 ‘레보아이로봇암수술’을 받은 것으로 봅니다.
- ⑤ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘다빈치로봇암수술’ 및 ‘레보아이로봇암수술’에 준하여 보장 여부를 결정합니다.
- ⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항 및 제3항에서 정한 ‘다빈치로봇암수술’ 및 ‘레보아이로봇암수술’ 외에 ‘다빈치로봇암수술’ 또는 ‘레보아이로봇암수술’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술
 8. 항암방사선치료 및 항암약물치료

【 용어해설 】

【신의료기술평가위원회】

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개 또는 배농술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - 전기소작술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조 (항암방사선치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 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 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의

다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조 (특약의 소멸)

- ① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 로봇암수술(다빈치및레보아이)(감상선암 및 전립선암제외) 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제1항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 로봇암수술(다빈치및레보아이)(감상선암 및 전립선암) 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제2항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제10조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 죽관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- ② 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제21조(사기에 의한 계약), 보통약관 제22조(계약의 성립) 및 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’에 대하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제18조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제20조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제13조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-53 로봇암수술(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (갑상선암및전립선암제외)으로 진단확정 되고 그 ‘암’ (갑상선암및전립선암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 다빈치로봇암수술 또는 레보아이로봇암수술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
로봇암수술 (다빈치및레보아이) (갑상선암 및 전립선암제외) 보험금	‘암(갑상선암 및 전립선암제외)’으로 진단확정되고 그 ‘암(갑상선암 및 전립선암제외)’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘다빈치로봇암수술’ 또는 ‘레보아이로봇암수술’을 받은 경우	이 보장의 보험가입금액 (연간 1회한)

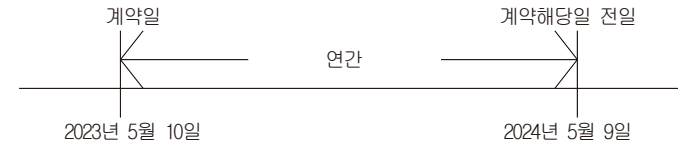
- ② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’으로 진단확정 되고 그 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’의 치료를 직접적인 목적으로 다빈치로봇암수술 또는 레보아이로봇암수술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
로봇암수술 (다빈치및레보아이) (갑상선암 및 전립선암) 보험금	‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’으로 진단확정되고 그 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘다빈치로봇암수술’ 또는 ‘레보아이로봇암수술’을 받은 경우	이 보장의 보험가입금액 (연간 1회한)

- ③ 제1항 및 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조(암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘전립선암’이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 C61)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’ 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 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(다빈치로봇암수술 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 ‘로봇암수술’ 이라 함은 암의 직접적인 치료를 목적으로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 아래의 ‘로봇수술 분류표’에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
로봇 보조 수술	QZ966

- ② 이 특별약관에서 ‘다빈치로봇암수술’ 이라 함은 제1항에서 정한 ‘로봇암수술’ 중 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 ‘레보아이로봇암수술’ 이라 함은 제1항에서 정한 ‘로봇암수술’ 중 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

【 용어해설 】

【다빈치·레보아이로봇암수술】

다빈치·레보아이로봇암수술이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 통하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

- ④ 제1항의 진료행위에 해당하지 않더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 ‘다빈치로봇암수술’ 또는 ‘레보아이로봇암수술’을 받은 것으로 봅니다.
- ⑤ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘다빈치로봇암수술’ 및 ‘레보아이로봇암수술’에 준하여 보장 여부를 결정합니다.
- ⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항 및 제3항에서 정한 ‘다빈치로봇암수술’ 및 ‘레보아이로봇암수술’ 외에 ‘다빈치로봇암수술’ 또는 ‘레보아이로봇암수술’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘수술’ 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술
8. 항암방사선치료 및 항암약물치료

【 용어해설 】

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의 료기술에 관한 최고의 심의기관을 말합니다.

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조 (항암방사선치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피 보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구

하고 이 특약에서 ‘암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 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 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제10조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제10조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- ② 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제21조(사기에 의한 계약), 보통약관 제22조(계약의 성립) 및 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’에 대하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제18조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제20조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제13조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-54 유방주요치료비(갱신형)보장 특별약관

이 보장 특별약관은 여성에 한하여 가입가능합니다.

유방주요치료비(갱신형)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.

- 중증(삼중음성)유방암진단(갱신형)보장
- 유방바늘생검조직병리검사(연간1회한, 급여)(갱신형)보장
- 특정유방병변진공흡인절제치료비(최초1회한)(갱신형)보장
- 유방암으로인한유방수술(갱신형)보장

1-54-1 중증(삼중음성)유방암진단(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 ‘중증(삼중음성)유방암’ 진단을 받은 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부 1년미만	계약일부 1년이상	
중증(삼중음성)유방암진단 보험금	중증(삼중음성)유방암으로 진단 확정된 경우	이 보장 보험가입금액의 50% 해당액	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액	

【유의사항】

‘암의 진단확정’이라 함은 보장개시일 이후 최초로 진단확정된 암을 의미하며, 보험계약일 이전에 진단받은 암이 완치되기 전에 다시 진단받는 경우 등은 포함되지 않습니다.

제2조 (유방암 등의 정의 및 진단확정)

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

- ① 이 보장에서 ‘유방암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표32] ‘유방암 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

- ② 이 보장에서 ‘중증(삼중음성)유방암’ 이라 함은 ‘유방암’을 호르몬수용체 유무 및 HER2 유무에 따라 아래와 같이 분류한 것을 말합니다.

유방암의 분류	호르몬수용체	HER2
중증(삼중음성)유방암	음성	음성

- ③ 제2항에서 호르몬수용체가 ‘음성’ 이라 함은 에스트로겐수용체 및 프로게스테론수용체가 모두 음성인 경우를 말합니다.

【 용어해설 】

[호르몬수용체]

호르몬수용체란 특정한 호르몬과 결합하여 호르몬의 영향을 세포에 전달하는 분자로 에스트로겐수용체(ER:Estrogen Receptor), 프로게스테론수용체(PR:Progesteron Receptor)를 말합니다.

[HER2(Human epidermal growth factor Receptor 2)]

암세포를 자라게 하는 일부 암세포의 표면에 있는 단백질을 말합니다.

- ④ 이 보장에서 ‘중증(삼중음성)유방암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration), 혈액(hemic system)검사 또는 면역조직화학검사(Immunohistochemistry, IHC) 및 호르몬수용체검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘중증(삼중음성)유방암’의 진단확정 시점은 ‘유방암’ 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘중증(삼중음성)유방암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때’ 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 이유없이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘유방암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '유방암' 에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '유방암' 에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '유방암' 에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제8조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 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.

제4조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 중증(삼중음성)유방암을 입증할 수 있는 조직검사결과지, 진료비 계산서, 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제1항을 따릅니다.

제6조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 '유방암' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 '유방암' 으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제7조 (보장의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증(삼중음성)유방암진단보험금의 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(보장의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 죽관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

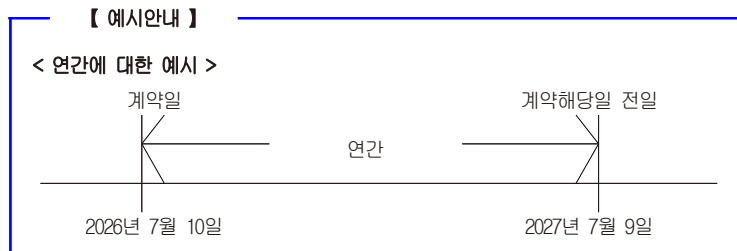
1-54-2 유방바늘생검조직병리검사(연간1회한,급여)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제3조(의료기관)에서 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 유방바늘생검조직병리검사' 를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
급여 유방 바늘생검조직병리검사 보험금	‘급여 유방바늘생검조직병리검사’ 를 받은 경우	이 보장의 보험가입금액

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일의 전일까지의 기간을 말합니다.



제2조 (유방바늘생검조직병리검사 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘유방바늘생검조직병리검사’ 라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
- ② 이 보장에서 ‘급여 유방바늘생검조직병리검사’ 라 함은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
급여 유방 바늘생검조직병리검사	유방생검[편측]-침생검	C8641

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 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 ‘급여 유방바늘생검조직병리검사’에 준하여 ‘급여 유방바늘생검조직병리검사’를 결정합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 ‘급여 유방바늘생검조직병리검사’ 외에 ‘급여 유방바늘생검조직병리검사’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조 (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.

제4조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
- 청구서(회사양식)
 - 사고증명서(진료비세무내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함)
 - 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)
 - 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 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
- 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-54-3 특정유방병변진공흡인절제치료비(최초1회한)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 ‘유방특정질환’ 으로 진단 확정되고, 그 ‘유방특정질환’ 의 치료 또는 조직검사를 직접적인 목적으로 ‘진공보조장치이용절제술’ 을 받은 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		최초계약	
		계약일부터 1년미만	계약일부터 1년이상
유방질환 진공보조장치 이용절제치료비	‘유방특정질환’ 으로 ‘진공보조장치 이용절 제술’ 을 받은 경우	이 보장 보험가입금액의 50% 해당액	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

제2조 (유방특정질환의 정의 및 진단확정)

- 이 보장에서 ‘유방특정질환’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 33] ‘유방특정질환 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 보장에서 ‘유방특정질환’ 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사, 간호사) 면허를 가진자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration), 혈액(hemic system)검사 에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
또한, 회사가 ‘유방특정질환’ 의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조 (진공보조장치이용절제술의 정의)

이 보장에서 ‘진공보조장치이용절제술’ 이라 함은 ‘유방특정질환’ 의 치료 또는 조직 검사를 직접적인 목적으로 초음파유도하 진공보조장치를 이용하여 병변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침내로 병변을 흡인하여 절제하는 것을 말합니다.

【 용어해설 】

[신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(보건복지부)]

770. 초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술

- 사용목적: 유방 양성병변의 치료를 위한 절제
- 사용대상: 유방 양성병변 환자
- 시술방법: 초음파유도하 진공보조장치를 이용하여 병변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침 내로 병변을 흡인하며 절제함

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)

- 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 청구서(회사양식)
 - 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
 - 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)
 - 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보장의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘유방질환진공보조장치이용절제치료비’ 의 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립

- 액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-54-4 유방암으로인한유방수술(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 ‘유방암’으로 진단 확정되고, 그 ‘유방암’의 치료를 직접적인 목적으로 유방수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부터 1년미만	계약일부터 1년이상	
유방암으로 인한 유방수술 보험금	‘유방암’으로 진단확 정되고, 유방수술을 받 은 경우	이 보장 보험가입금액의 50% 해당액	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조 (유방암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘유방암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표32] ‘유방암 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

- ② 이 보장에서 ‘유방암으로 인한 유방수술’이라 함은 [별표12] ‘유방암으로 인한 유방수술 분류표’에서 정한 수술을 말합니다.

- ③ 이 보장에서 ‘유방암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘유방암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘유방암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때’ 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 이유없이 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 제3항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로

보험금을 지급합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 보장에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 수술

【 용어해설 】

< 신의료기술평가위원회 >

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

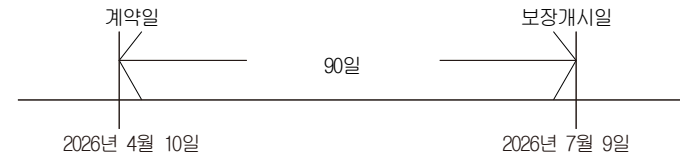
- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개 또는 배농술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - 전기소작술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 '유방암' 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '유방암' 에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '유방암' 에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '유방암' 에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

제6조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 ‘유방암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘유방암’으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제7조 (보장의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-55 암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’으로 진단 확정되고, 그 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 입원한 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다) 다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암 직접치료 입원급여금	‘암’ (‘유사암’ 제외)의 직접치료를 목적으로 입원한 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(180일 한도)
2. 유사암 직접치료 입원급여금	‘기타피부암’의 직접치료를 목적으로 입원한 경우	
	‘갑상선암’의 직접치료를 목적으로 입원한 경우	
	‘제자리암’의 직접치료를 목적으로 입원한 경우	
		‘경계성종양’의 직접치료를 목적으로 입원한 경우

제2조 (병원 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘병원’이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘요양병원’이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 계약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에서 ‘제자리암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생을 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확

정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제4조 (암(유사암제외) 및 유사암의 직접치료의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 의 직접치료라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.](이하 ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’ 라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 의 직접치료로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’ 를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’ 를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 ‘입원’ 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원(요양병원 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

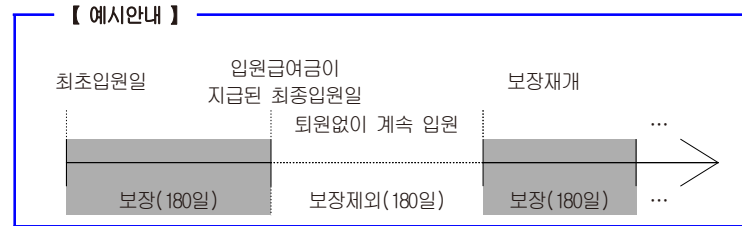
< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

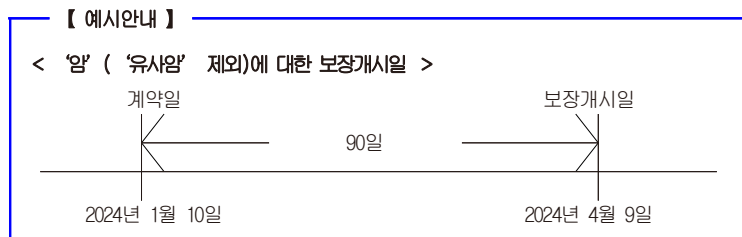
제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 의 직접치료를 목적으로 보험

기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 '암' ('유사암' 제외) 및 '유사암' 에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ② 피보험자가 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '암' ('유사암' 제외) 및 '유사암' 의 직접치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 '암' ('유사암' 제외) 및 '유사암' 에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암' ('유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '유사암' 에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.



- ⑥ 제5항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' ('유사암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' ('유사암' 제외)에 대하여 제5항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암' ('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암' ('유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제9조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-56 요양병원암입원일당(1-90일)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’ 으로 진단확정되고, 그 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’ 의 치료를 목적으로 요양병원에 입원한 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)
다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 요양병원 암 입원급여금	‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (90일 한도)
2. 요양병원 유사암 입원급여금	‘기타피부암’ 으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우	
	‘갑상선암’ 으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우	
	‘제자리암’ 으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우	
	‘경계성종양’ 으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우	

- ② 이 특약에서 ‘요양병원’ 이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘유사암’ 이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’ , 제4항에서 정한 ‘갑상선암’ , 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’ 을 총칭합니다.
- ③ 이 계약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【유의사항】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

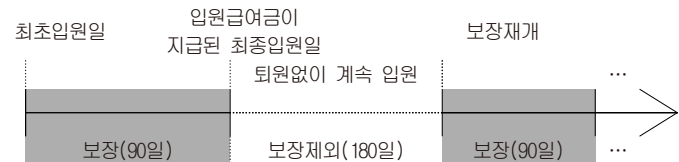
- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시안내】



- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 가입일부터 지급된 입원급여금의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 입원급여금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.
- ③ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, ‘유사암’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑦ 제6항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대하여 제6항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-57 전이암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(갱신형)보장
특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에서 정한 보장개시일 이후 ‘전이암’으로 진단확정되고, 그 ‘전이암’의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 입원한 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)
다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
전이암 직접치료 입원급여금	‘전이암’의 직접치료를 목적으로 입원한 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(180일 한도)

제2조 (병원 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘병원’이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘요양병원’이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조 (전이암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’이라 함은 제2항에서 정한 ‘림프절전이암’ 및 제3항에서 정한 ‘특정전이암’을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘림프절전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서

[별표31] ‘전이암 분류표’에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

- ③ 이 특약약관에서 ‘특정전이암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표”에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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

제4조 (전이암의 직접치료의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘전이암’의 직접치료라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(항후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 ‘전이암’의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 ‘전이암’의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘전이암’의 직접치료로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역 치료
 2. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3

호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘전이암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원(요양병원 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

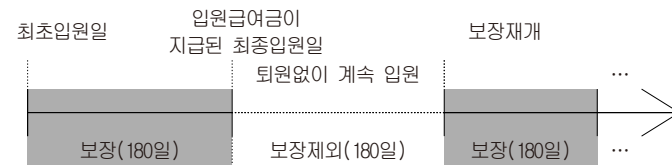
< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 ‘전이암’의 직접치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 ‘전이암’에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】



- ② 피보험자가 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘전이암’의 직접치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 ‘전이암’에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑤ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >



- ⑥ 제5항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제5항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제9조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-58 전이암요양병원입원일당(1-90일)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 목적으로 요양병원에 입원한 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
요양병원 전이암 입원급여금	'전이암'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(90일 한도)

- ② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제2조 (전이암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 삼세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

- ③ 이 특별약관에서 ‘특정전이암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표31] “전이암 분류표” 에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.
- ④ ‘전이암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘전이암’의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

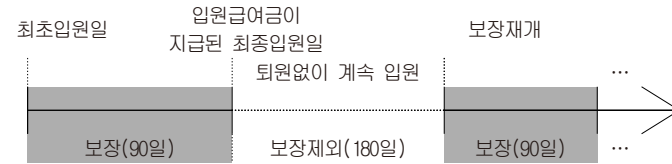
- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 ‘전이암’의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 ‘전이암’에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

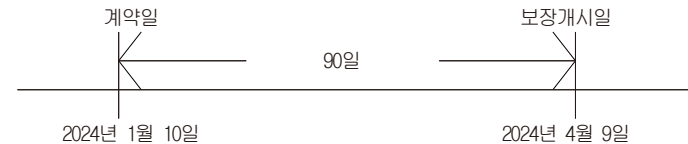
【 예시안내 】



- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 가입일부터 지급된 입원급여금의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 입원급여금이 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.
- ③ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘전이암’의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 ‘전이암’에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘전이암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘전이암’에 대한 보장개시일 >



- ⑦ 제6항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘전이암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따

라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘전이암’에 대하여 제6항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘전이암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘전이암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제7조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-59 암직접치료통원일당(종합병원)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’으로 진단 확정되고, 그 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)
다만, 통원급여금의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암 직접치료 통원급여금 (종합병원)	‘암’ (‘유사암’ 제외)의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우	통원 1회당 이 특약의 보험가입금액
2. 유사암 직접치료 통원급여금 (종합병원)	‘기타피부암’의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우	
	‘갑상선암’의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우	
	‘경계성종양’의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우	

제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 계약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 이 계약에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물

(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (암(유사암제외) 및 유사암의 직접치료의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]{이하 ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’라 합니다}를 말합니다.
- ② 제1항의 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제4조 (종합병원의 정의)

이 특약에서 ‘종합병원’이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에 따른 종합병원 요건 >

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

제5조 (통원의 정의와 장소)

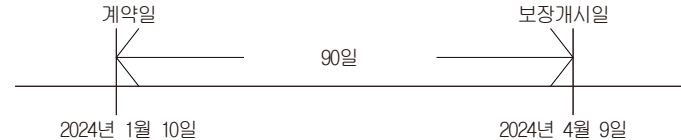
이 특약에서 ‘통원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 암통원급여금의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘암(유사암제외) 및 유사암의 직접치료를 목적으로 한 통원’이란 의사에 의해 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- ③ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.
- ④ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 암통원급여금을 지급합니다.
- ⑤ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, ‘유사암’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑥ 제5항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대하여 제5항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-60 암직접치료통원일당(상급종합병원)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’ 으로 진단 확정되고, 그 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’ 의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 ‘특별약관’은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다) 다만, 통원급여금의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암 직접치료 통원급여금 (상급종합병원)	‘암’ (‘유사암’ 제외)의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우	통원 1회당 이 특약의 보험가입금액
2. 유사암 직접치료 통원급여금 (상급종합병원)	‘기타피부암’의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우	
	‘갑상선암’의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우	
	‘제자리암’의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우	
	‘경계성종양’의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우	

제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특약에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 계약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에서 ‘제자리암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (암(유사암제외) 및 유사암의 직접치료의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(항후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제4조 (상급종합병원의 정의)

이 특약에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【관련법규】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문요) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제5조 (통원의 정의와 장소)

이 특약에서 ‘통원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

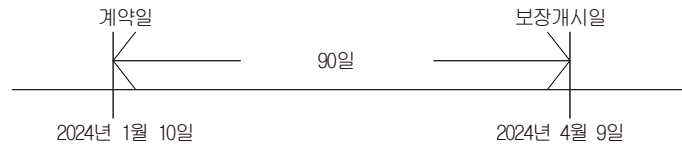
- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 암통원급여금의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘암(유사암제외) 및 유사암의 직접치료를 목적으로 한 통원’이란 의사에 의해 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의

정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 암통원급여금을 지급합니다.

- ⑤ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, ‘유사암’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑥ 제5항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대하여 제5항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제9조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-61 특정NGS유전자패널검사(연간1회한,급여)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’으로 진단확정되고, 그 암의 치료를 위한 필요 소견을 토대로 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’를 받은 경우 각 검사당 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
급여 특정NGS유전자 패널검사보험금	비유전성 유전자검사-고형암-Level I	이 특약의 보험가입금액
	비유전성 유전자검사-고형암-Level II	이 특약의 보험가입금액
	비유전성 유전자검사-혈액암-Level I	이 특약의 보험가입금액
	비유전성 유전자검사-혈액암-Level II	이 특약의 보험가입금액

제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (급여 특정NGS유전자패널검사의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 [별표26] ‘급여 특정NGS유전자패널검사 대상 수가코드’에 해당하는 아래의 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료 행위	의료행위 수가코드
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사바-비유전성 유전자검사-고형암-Level I	CB003
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사바-비유전성 유전자검사-고형암-Level II	CB004
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사바-비유전성 유전자검사-혈액암-Level I	CB005
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사바-비유전성 유전자검사-혈액암-Level II	CB006

【 용어해설 】

<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.

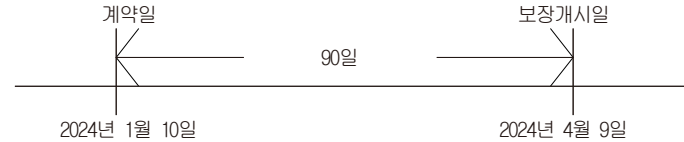
- 제1항의 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’는 ‘선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준’ 고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 ‘차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관’으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.
- 제1항의 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’는 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
- 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’에 준하여 수가코드를 결정합니다.
- 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 ‘급여 특정NGS 유전자패널검사’ 외에 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’에 대한 보장개시일 >



- 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단확정 받더라도 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 제1항에서 정한 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대해 제1조(보험금의 지급사유)의 보장을 개시합니다.

【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

- 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
- 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- 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)

- 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 청구서(회사양식)
 - 사고증명서(진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(ED1)’ 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
 - 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)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-62 특정생검조직병리검사(연간1회한,급여)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 ‘급여 특정 바늘생검조직병리검사’를 받은 경우에는 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
급여 전립선 바늘생검조직병리검사 보험금	‘급여 전립선 바늘생검조직병리검사’를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
급여 갑상선 바늘생검조직병리검사 보험금	‘급여 갑상선 바늘생검조직병리검사’를 받은 경우	
급여 유방 바늘생검조직병리검사 보험금	‘급여 유방 바늘생검조직병리검사’를 받은 경우	

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (급여 바늘생검조직병리검사 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘급여 바늘생검조직병리검사’라 함은 급여 전립선바늘생검조직병리검사, 급여 갑상선바늘생검조직병리검사, 급여 유방바늘생검조직병리검사를 말합니다.
- ② 이 특관에서 ‘급여 바늘생검조직병리검사’라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 [별표10] ‘급여 바늘생검조직병리검사 수가코드’에 해당하는 아래의 의료행위를 받은

경우를 말합니다.

구분	대상이 되는 의료 행위	의료행위 수가코드
급여 전립선 바늘생검조직병리검사	전립선생검-경피적	C8551
급여 갑상선 바늘생검조직병리검사	갑상선생검-침생검	C8591
급여 유방 바늘생검조직병리검사	유방생검[편측]-침생검	C8641

- ② 제1항의 ‘급여 바늘생검조직병리검사’는 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘급여 바늘생검조직병리검사’에 준하여 수가코드를 결정합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 ‘급여 바늘생검조직병리검사’ 외에 ‘급여 바늘생검조직병리검사’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
- 청구서(회사양식)
 - 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부 등)
 - 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)
 - 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 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해환급금 산출방법서’에서

정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
- 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-63 암MRI촬영검사(연간1회환,급여)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

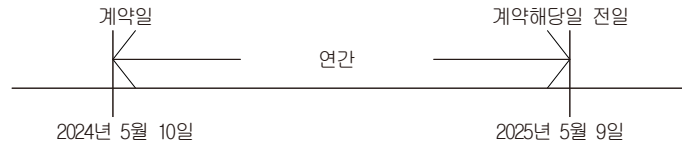
- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 진단 및 치료를 위한 필요조건을 토대로 ‘급여 MRI검사’를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급 합니다.)(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
급여 암 MRI검사 보험금	‘암’의 진단 및 치료 목적으로 ‘급여 MRI검사’를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

- ② 제1항에서 ‘급여 암MRI검사’라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
- ③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘유사암’ 이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 계약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

【 유의사항 】

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

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (‘급여 암 MRI검사’ 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘급여 암 MRI검사’라 함은 의사에 의하여 ‘암’의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.
- ② 제1항의 ‘급여 암 MRI검사’는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여

법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 ‘급여 암 MRI검사’ 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

【용어해설】

<자기공명영상진단(MRI)>

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘급여 암 MRI검사’에 준하여 수가코드를 결정합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 ‘급여 암MRI검사’ 외에 ‘급여 암MRI검사’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 진단서, 진료기록부 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 특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-64 암특정재활치료(1일1회,연간10회한,급여)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

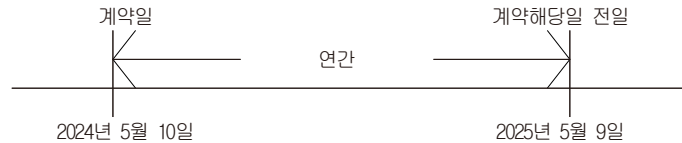
- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’으로 진단확정되고 병원에 입원중에 ‘급여 암 특정재활치료’ (이하 ‘입원 급여 암 특정재활치료’라 합니다.)를 받은 경우 또는 통원하여 ‘급여 암 특정재활치료’ (이하 ‘외래 급여 암 특정재활치료’라 합니다.)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액	지급한도
암특정재활치료 (급여)보험금	‘암’으로 입원 또는 통원하여 ‘급여 암 특정재활치료’를 받은 경우	이 특약의 보험가입금액	연간 10회한 (1일 1회한)

- ② 제1항의 암특정재활치료(급여)보험금은 연간 발생한 ‘입원 급여 암 특정재활치료’와 ‘외래 급여 암 특정재활치료’ 횟수를 합산하여 연간 최대 10회 한도로 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’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 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (암 특정재활치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘암 특정재활치료’라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료 목적의 암치료 중, 암치료 완료 후, 암생존 시기에 암 자체 또는 암치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적인 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘급여 암 특정재활치료’라 함은 ‘암’의 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
단순운동치료[1일당]	MM101
운동치료-복합운동치료[1일당]	MM102
운동치료-등속성운동치료[1일당]	MM103
재활기능치료-매트밋이동치료	MM301
재활기능치료-보행치료	MM302
작업치료-단순작업치료	MM111
작업치료-복합작업치료	MM112
작업치료-특수작업치료	MM113
일상생활동작훈련치료[1일당]	MM114
압박치료[1일당]	MM190
복합리프모델리치료[1일당]	MM200
연하재활 기능적전기자극치료	MZ008
연하장애재활치료	MX141
항문직장및골반근의생체되먹이기치료[1일당]	MX031

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한 금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘급여 암 특정재활치료’에 준하여 ‘급여 암 특정재활치료’를 결정합니다.

제4조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

- 이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 이 특약에서 ‘통원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【유의사항】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다

【예시안내】

< ‘암’에 대한 보장개시일 >



- 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- 다음 각 호의 경우에는 ‘입원 급여 암 특정재활치료’와 ‘외래 급여 암 특정재활치료’ 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.
 - 피보험자가 동일한 날에 ‘입원 급여 암 특정재활치료’를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 ‘외래 급여 암 특정재활치료’를 받은 경우
 - 피보험자가 동일한 날에 ‘외래 급여 암 특정재활치료’를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 ‘입원 급여 암 특정재활치료’를 받은 경우
- ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단확정 받더라도 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 제1항에서 정한 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대

해 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보장을 개시합니다.

【유의사항】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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.

【예시안내】

< 예시1 >

병원에 통원하여 단순운동치료(MM101)과 중추신경계발달재활치료(MM105), 재활기능치료-보행치료(MM302) 재활치료를 받은 경우

⇒ 보험가입금액 1회 지급 (여러 진료행위를 받더라도 1일 1회에 한함)

< 예시2 >

병원에 통원하여 단순운동치료(MM101) 재활치료를 받고, 그 날 입원하여 중추신경계발달재활치료(MM105)와 재활기능치료-보행치료(MM302) 재활치료를 받은 경우

⇒ 보험가입금액 2회 지급 (외래 1회 + 입원 1회)

< 예시3 >

입원하여 80일간 급여 상·뇌혈관질환(특정 II) 특정재활치료를 받고, 퇴원 후 병원에 통원하여 20일간 급여 상·뇌혈관질환(특정 II) 특정재활치료를 받은 경우

⇒ 보험가입금액 90회 지급(입원과 외래를 각각 합산(100회)하여 연간 90회 한도)

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 진단서, 진료기록부 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 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일로부터 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제9조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-65 암특정통증완화치료(연간1회한,급여)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정되고, 그 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 인한 통증완화를 목적으로 피보험자가 ‘급여 암 특정

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

‘통증완화치료’를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

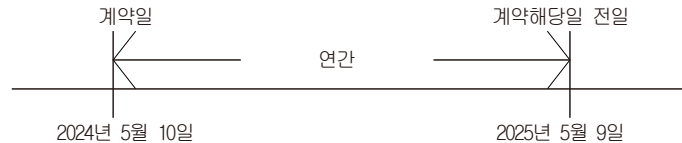
(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
급여 암 특정통증완화치료 보험금	‘암’ (‘유사암’ 제외)로 진단받고, 통증완화를 목적으로 ‘급여 암 특정통증완화치료’를 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- 이 특약에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- 이 계약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 계약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 계약에서 ‘제자리암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 계약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 소

견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (급여 암 특정통증완화치료의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘급여 암 특정통증완화치료’ 이라 함은 ‘급여 신경차단·파괴치료’ 또는 ‘급여 마약성진통제 치료’ 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
1. ‘급여신경차단·파괴치료’ 라 함은 「건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여 상 대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 [별표20] ‘신경차단·파괴치료(급여) 대 상 수가코드’에 해당하는 치료를 말합니다.
 2. ‘급여 마약성진통제치료’ 라 함은 ‘마약성진통제’를 횡수(일수)가 30회(일)이상 처방받는 경우를 말합니다.
‘급여 마약성진통제’라 함은 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분 류번호가 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제를 말합니다.

【유의사항】

「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호는 식품의약품안전처 에서 정하는 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 분류됩니다.

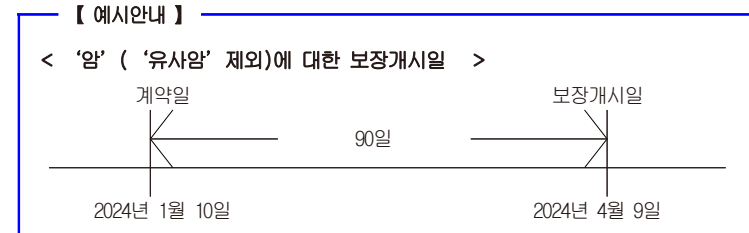
분류번호	약효분류
800	마약
810	알칼로이드 마약(천연)
811	아편알칼로이드계 제제
812	코카알칼로이드계 제제
820	비알칼로이드계 마약
821	합성 마약
829	기타의 비알칼로이드계 마약
890	기타의 마약

- ② 제1항의 ‘급여 암 특정통증완화치료’는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 ‘급여 신경차단·파괴치료’ 또는 ‘급여 마약성진통제치료’ 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘연간 30회(일)이상 처방받는 경우’라 함은 ‘급여 마약성 진통제’의 ‘연간’ 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 ‘급여 마약성진통 제’를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일이상인 경우를 말 합니다.
- ④ 제3항의 처방일수 합산시 기준일자는 ‘급여 마약성 진통제’를 처방받은 날로 합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보 험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한 금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘급여 신경차단·파괴치료’ 및 ‘급여 마약성진통제치 료’에 준하여 ‘여 신경차단·파괴치료 수가코드’ 및 ‘급여 마약성진통제치료’를 결

정합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구 하고 이 특약에서 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포 함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우 에는 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따 라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하 지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있 습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
가. ‘급여 신경차단·파괴치료’를 받은 경우 : 진료비세부내역서(‘건강보험심사평 가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 진료기록부 등
나. ‘급여 마약성진통제’를 ‘연간30일 이상 처방’ 받은 경우 : 진단서, 진료기록 부, 요양급여비용명세서(상병명 및 총 투여일수 필수기재) 등
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아 닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보 된 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 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부부터 ‘암’ (‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단 확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제8조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-66 갑상선항진증치료(최초1회한)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘갑상선기능항진증’으로 진단 확정되고 ‘갑상선기능항진증치료’를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신계약
		계약일부부터 1년 미만	계약일부부터 1년 이상	
갑상선항진증 치료보험금	‘갑상선기능항진증’으로 진단확정되고 ‘갑상선기능항진증치료’를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조 (갑상선기능항진증 및 갑상선기능항진증치료의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘갑상선기능항진증’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표19] ‘갑상선기능항진증 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② ‘갑상선기능항진증’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 갑상선 영상검사(초음파), 갑상선 기능검사(혈액검사) 등을 기초로 합니다. 또한 회사가 ‘갑상선기능항진증’의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ ‘갑상선기능항진증치료’라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.
 1. 갑상선절제술을 받은 경우
 - : 이 특별약관에 있어서 ‘갑상선절제술’이라 함은 갑상선염 전체 혹은 일부를 절제하는 ‘갑상선염 전절제술(Total Throidectomy)’ 및 ‘갑상선염 아전절제술(Subtotal Throidectomy)’을 말합니다.
 2. 방사성요오드 치료를 받은 경우
 3. 60일 이상 항갑상선제를 처방받은 경우

【 용어해설 】

- 방사성요오드치료
 - : 주성분이 요오드화 나트륨에 해당하는 치료
- 항갑상선제
 - : 주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole에 해당하는 약제

제3조 (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. 제3

자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선항진증치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-67 말기암호스피스통증완화치료(입원형,가정형,최초1회한) (갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’으로 진단확정되고, ‘말기암환자’를 대상으로 하는 ‘말기암환자 완화의료’ 치료를 목적으로 피보험자가 ‘호스피스전문기관’으로부터 입원형 또는 가정형 호스피스 완화의료 치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
말기암호스피스 통증완화치료보험금	말기암환자가 ‘호스피스-완화의료’ 목적으로 ‘호스피스전문기관’의 입원형 또는 가정형 호스피스완화의료 치료를 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’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 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (말기암환자, 호스피스전문기관 및 말기암환자 완화의료의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘말기암환자’ 라 함은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제6호의 암으로 동법 제2조(정의) 제3호에 따라 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.

- ② 이 특약에서 ‘호스피스전문기관’ 이라 함은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 따라 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말한다.

- ③ 이 특약에서 ‘말기암환자 완화의료’ 라 함은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제6호에 따라 말기암환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자와 그 가족에게 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료로서, 「호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조(호스피스의 신청)에 따라 해당 말기암환자가 ‘호스피스전문기관’ 에 가정형 호스피스 또는 입원형 호스피스를 신청하고, 제공받은 경우를 말한다.

【 관련법규 】

< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 >

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. ‘말기암환자’ 란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
6. ‘호스피스·완화의료’ 란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료로 말한다.

가. 암

나. 후천성면역결핍증

다. 만성 폐쇄성 호흡기질환

라. 만성 간경화

마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환 (만성호흡부전)

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

- ① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.

제28조(호스피스의 신청)

- ① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스 전문기관에 신청하여야 한다.

< 입원형 호스피스 >

보건복지부 지정 호스피스 전문기관 병동에 입원한 말기암 환자와 가족들에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

< 가정형 호스피스 >

가정에서 지내기를 원하는 말기암 환자와 가족에게 보건복지부 지정 전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ '기타피부암' 또는 '갑상선암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정 받더라도 '기타피부암' 또는 '갑상선암'에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 제1항에서 정한 '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에 '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대해 제1조(보험금의 지급사유)의 보장을 개시합니다.

【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- 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

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 의사소견서, 호스피스 이용 동의서, 진료비세부내역서 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 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다

제8조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기암호스피스통증완화치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-68 위·십이지장·대장양성종양(폴립포함)진단(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

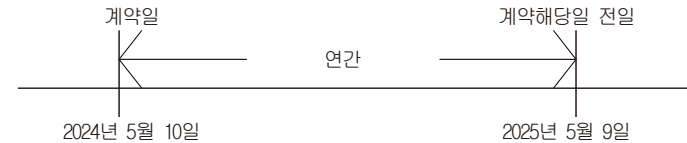
- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘위·십이지장, 대장양성종양(폴립포함)’으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 위·십이지장, 대장양성종양(폴립포함)이 발생한 부위, 개수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상	
위·십이지장· 대장양성종양 (폴립포함) 진단보험금	‘위·십이지장, 대장양성종양 (폴립포함)’으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (위·십이지장, 대장양성종양(폴립포함)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘위·십이지장, 대장양성종양(폴립포함)’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표18] ‘위·십이지장, 대장양성종양(폴립포함) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② ‘위·십이지장, 대장양성종양(폴립포함)’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 합니다.
그러나 상기의 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘위·십이지장, 대장양성종양(폴립포함)’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ③ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-69 뇌혈관질환진단(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘뇌혈관질환’으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상	
뇌혈관질환 진단보험금	‘뇌혈관질환’으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘뇌혈관질환’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표7] ‘뇌혈관질환 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② ‘뇌혈관질환’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가

족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-70 허혈심장질환진단(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘허혈심장질환’ 으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액	
		최초계약	
		계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상
허혈심장질환 진단보험금	‘허혈심장질환’ 으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

제2조 (허혈심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘허혈심장질환’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표8] ‘허혈심장질환 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② ‘허혈심장질환’ 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈심장질환진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-71 특정바이러스질환진단(최초1회한)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘특정바이러스질환’ 으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상	
특정바이러스질 환 진단 보험금	‘특정바이러스질환’ 으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	

② 제1항에도 불구하고, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 ‘특정바이러스질환’ 일지라도 보험계약일 이전에 이미 해당 바이러스를 보유한 경우 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 보험가입 전에 피보험자가 ‘특정바이러스질환’ 관련 바이러스를 보유한 사실을 알지 못한 경우에는 보험금을 지급합니다.

제2조 (특정바이러스질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘특정바이러스질환’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표17] ‘특정바이러스질환 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② ‘특정바이러스질환’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 ‘특정바이러스질환’의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정되는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정바이러스질환진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보통 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립

액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-72 질병수술(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
질병수술보험금	질병으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 질병수술보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

【신의료기술평가위원회】

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 질병수술보험금만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 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.
- ③ 제2조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술보험금을 지급합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)

단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(000 ~ 099)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60 ~ K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(Q47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosi s), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표11] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-73 뇌정위적방사선수술(연간1회환,급여)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

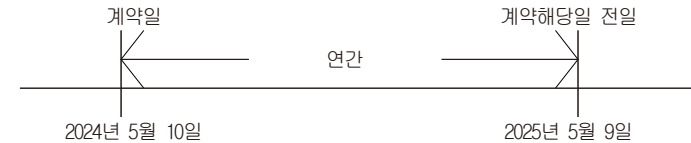
- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 ‘급여 뇌정위적방사선수술’을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)
다만, ‘급여 뇌정위적방사선수술’을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		최초계약	
		계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상
급여 뇌정위적방사선 수술 보험금	‘급여 뇌정위적방사선수술’ 을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약 해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (급여 뇌정위적방사선수술의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘급여 뇌정위적방사선수술’이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 [별표15] ‘급여 뇌정위적방사선수술 대상 수가코드’에 해당하는 아래의 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	HD115

- ② 제1항의 ‘급여 뇌정위적방사선수술’은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다. 다만, ‘급여 뇌정위적방사선수술’을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.
- ③ 제1항의 ‘급여 뇌정위적방사선수술’ 이외의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 보장하지 않습니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘급여 뇌정위적방사선수술’에 준하여 수가코드를 결정합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 ‘급여 뇌정위적방사선수술’ 외에 ‘급여 뇌정위적방사선수술’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조 (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 지급사

유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 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.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-74 심뇌혈관질환수술(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘심뇌혈관질환’으로 진단 확정되고, 그 ‘심뇌혈관질환’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상	
심뇌혈관질환 수술보험금	‘심뇌혈관질환’으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	

제2조 (심뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘심뇌혈관질환’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표16] ‘심뇌혈관질환 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② ‘심뇌혈관질환’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, ‘뇌혈관질환’의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자 방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 ‘허혈성심장 질환’의 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 심뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 심뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과여사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 수술

【 용어해설 】

[신의료기술평가위원회]

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개 또는 배농술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - 전기소작술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어
있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

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. 제3
자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사
유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를
따릅니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서
정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를
계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생
한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 보
입니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가
족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-75 6대기관양성종양(폴립포함)수술(연간1회환,급여)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

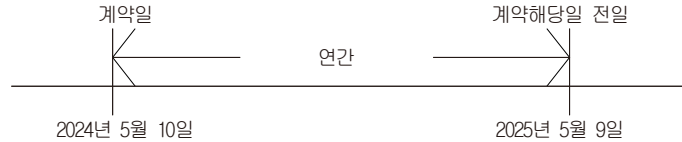
- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘6대기관 양성종양(폴립포함)’으로
진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘6대기관 양성종양(폴립포함) 수술(급
여)’을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지
급합니다. 다만, 6대기관 양성종양(폴립포함)이 발생한 부위, 개수와 관계없이 이 특별
약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’,
‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액	
		최초계약	
		계약일부 1년 미만	계약일부 1년 이상
6대기관양성종양 (폴립포함)수술 (급여) 보험금	‘6대기관 양성종양(폴립포함)’으로 진단받고 ‘6대기관 양성종양(폴립포함) 수술(급여)’을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해
당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (6대기관 양성종양(폴립포함) 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 '6대기관 양성종양(폴립포함)' 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표21] '6대기관 양성종양(폴립포함) 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 '6대기관 양성종양(폴립포함) 수술(급여)' 이라 함은 [별표22] '6대기관 양성종양(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드' 에 해당하는 수술을 말합니다.
단, 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '6대기관 양성종양(폴립포함) 수술' 에 준하여 '6대기관 양성종양(폴립포함) 수술 수가코드' 를 결정합니다.
- ③ 제2항의 '6대기관 양성종양(폴립포함) 수술(급여)' 는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 '6대기관 양성종양(폴립포함) 수술' 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
- ④ '6대기관 양성종양(폴립포함)' 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 합니다.
그러나 상기의 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '양성종양(폴립포함)' 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑤ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준으로 합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내

의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ③ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

[신의료기술평가위원회]

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 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.

제7조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해환환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-76 질병입원일당(1-180일,종합병원)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)
다만, 종합병원질병입원일당금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다

보험금의 종류		지급금액
종합병원 질병입원일당금	질병으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(180일 한도)

제2조 (종합병원의 정의)

이 특약에서 ‘종합병원’이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

- < 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >
 - 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
 - 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
 - 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

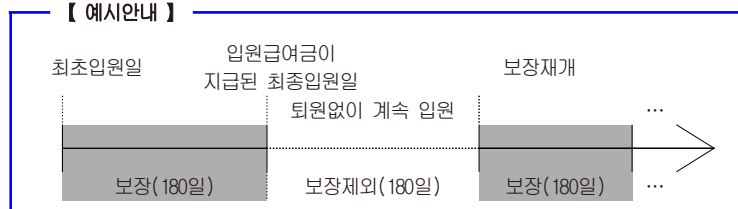
제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원질병입원일당금의 지급일수는 및 지급한도는 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원’이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

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

- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 종합병원질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 종합병원질병입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 종합병원질병입원급여금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 종합병원질병입원급여금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 종합병원질병입원급여금을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위의 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 종합병원질병입원급여금

을 지급합니다.

- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병
 3. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치료질환

제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 죽관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-77 질병입원일당(1-180일,중환자실)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

다만, 질병중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
질병중환자실 입원급여금	질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(180일 한도)

제2조 (중환자실의 정의)

이 특약에서 ‘중환자실’이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표5] ‘의료기관의 시설규격’ 참조)을 말합니다.

【 관련법규 】

- ※ 의료법 시행규칙 [별표 4. 의료기관의 시설규격]에 따른 중환자실 요건
- 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함
 - 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함
 - 병상 1개당 면적은 15㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)
 - 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소측지기 등 구비
 - 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스크포함), 심전도기록기 등 구비
 - 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)
 - 전담간호사를 두어야 함

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 중환자실에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

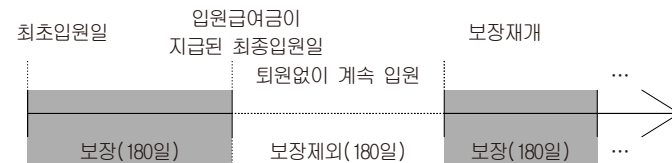
【 유의사항 】

- < 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >
- 입원실에 머무는 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
 - 입원산정 기준점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
 - 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원’이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이거나 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】



- 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병중환자실입원급여금을 계속 지급합니다.
- 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않을 때에는 회사는 질

병중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑥ 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 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병
 3. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-78 질병입원일당(1-30일,종합병원,1인실)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다) 다만, 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다

보험금의 종류		지급금액
종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금	질병으로 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가 입금액 (30일 한도)

제2조 (종합병원의 정의)

이 특약에서 ‘종합병원’이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【유의사항】

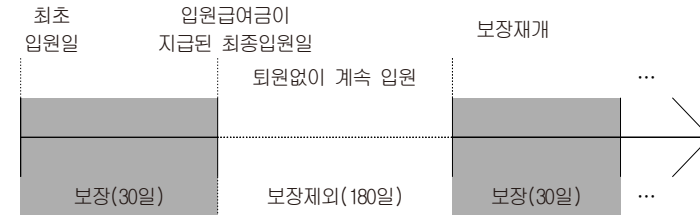
< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유했던 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금의 지급일수 및 지급한도는 종합병원 상급병실(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

【예시안내】



- ④ 피보험자가 다른 종합병원의 상급병실(1인실)로 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 지급합니다.
- ⑪ 피보험자가 특약을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.
- ⑫ 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 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사

- 유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병
 3. 알코올중독, 습관성 약물 또는 한약제의 복용 및 사용
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-79 질병입원일당(1-30일,상급종합병원,1인실)(갱신형) 보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다) 다만, 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다

보험금의 종류		지급금액
상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금	질병으로 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가 입금액 (30일 한도)

제2조 (상급종합병원의 정의)

이 특약에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

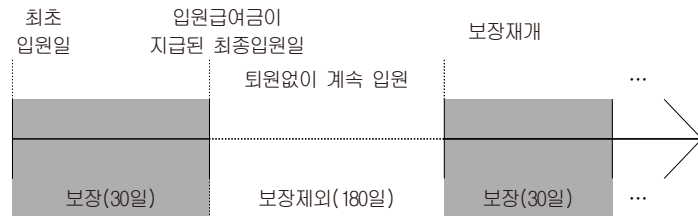
< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
 - ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
- 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

【 예시안내 】



- ④ 피보험자가 다른 상급종합병원의 상급병실(1인실)로 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 지급합니

다.

- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 지급합니다.
- ⑪ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.
- ⑫ 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 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병
 3. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치료질환

제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생

한 경우를 포함합니다.

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

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-80 질병사망(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
사망보험금	질병으로 사망한 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 이 특약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험

료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-81 암사망(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 및 제3항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’으로 진단확정되고, 그 ‘암’을 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
사망보험금	‘암’으로 사망한 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

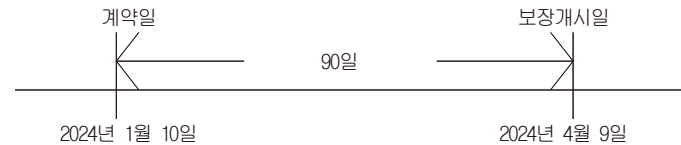
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)의 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

- ② 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ③ 제2항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제2항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일로부터 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 이 특약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-82 질병후유장해(80%이상)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표([별표1] ‘장해분류표’ 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
고도후유장해 보험금	질병으로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니

다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표[별표1]에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표[별표1]의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.
그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
 2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

【 예시안내 】

< 장해지급률의 계산 예시 >

보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%) 장해지급률 계산

• 장해지급률 = 55% (보험가입 후 발생한 장해(60%) - 보험가입 전 장해지급률(5%))

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제5조 (악상상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-83 보험료납입면제대상(갱신형)보장 특별약관

제1조 (특약의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 무배당 현대해상두배받는암보험(Hi2607) 계약의 보험료납입기간과 동일합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

제2조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 ‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
보험료납입면제대상	‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단 확정된 경우	이 특약의 가입금액

제3조 (암등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 암(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’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 합니다. 이 경우 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제7항에 따른 진단방법이 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 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면

이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사유를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제3조의2(보험료 납입면제), 제5조의2(납입면제에 관한 세부규정), 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-84 표적항암약물허가치료(치료당,진단후10년)(갱신형)보장 특별약관

표적항암약물허가치료(치료당,진단후10년)(갱신형)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.

- 표적항암약물허가치료(치료당, 진단후10년)(기타피부암및갑상선암제외)(갱신형)보장
- 표적항암약물허가치료(치료당, 진단후10년)(기타피부암및갑상선암)(갱신형)보장

1-84-1 표적항암약물허가치료(치료당,진단후10년)(기타피부암및갑상선암제외)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 그 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 ‘표적항암약물허가치료(주사제)’ 를 받은 경우에는 아래의 금액을 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
표적항암약물 허가치료보험금 (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외) (주사제)	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 ‘표적항암약물허가치료 (주사제)’ 를 받은 경우 (단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

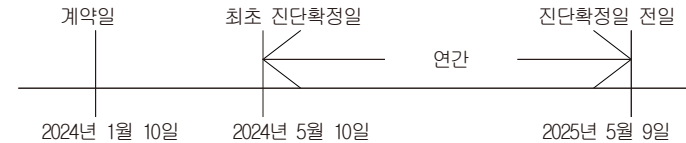
- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 그 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 ‘표적항암약물허가치료(주사제 외)’ 를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
표적항암약물 허가치료보험금(‘ 기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외) (주사제 외)	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 표적항암약물허가치료(주사제 외)’ 를 받은 경우 (단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

- ③ 제1항 및 제2항에서 ‘보험금 지급기간’ 이라 함은 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)최초 진단확정일로부터 10년을 말하며 표적항암약물허가치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제2항에서 연간이라 함은 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 매년 진단확정일이라 합니다.)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



【 유의사항 】

‘암의 진단확정’ 이라 함은 보장개시일 이후 최초로 진단확정된 암을 의미하며, 보험계약일 이전에 진단받은 암이 완치되기 전에 다시 진단받는 경우 등은 포함되지 않습니다.

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

- ② 이 보장에서 ‘통원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (항암약물치료 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘주사제’라 함은 소화관 대신 피부, 정맥 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

제5조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘표적항암제’란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정예에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 ‘표적항암제’의 범위에서 제외됩니다.

제3조 (입원 등의 정의와 장소)

- ① 이 보장에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과와 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 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.

- ② 이 보장에서 ‘표적항암약물허가치료’라 함은 제4조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’의 치료를 직접적인 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, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’으로 사용된 경우

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회>

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증 환자)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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

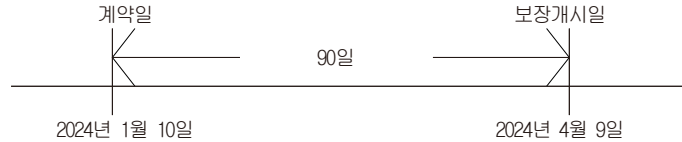
- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘표적항암제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일 수 및 표적항암약물허가치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조 (항암약물치료 등의 정의) 및 제5조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)의 표적항암약물허가치료(주사제)에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제4항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용 합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(항후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

< 표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >



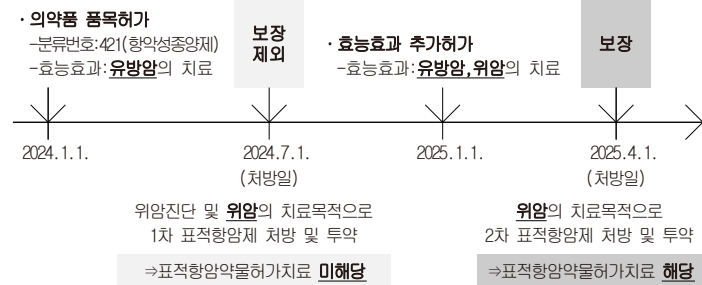
- ⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 ‘표적항암물허가치료를 받은 경우’ 라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5

조(표적항암제 및 표적항암물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【 예시안내 】

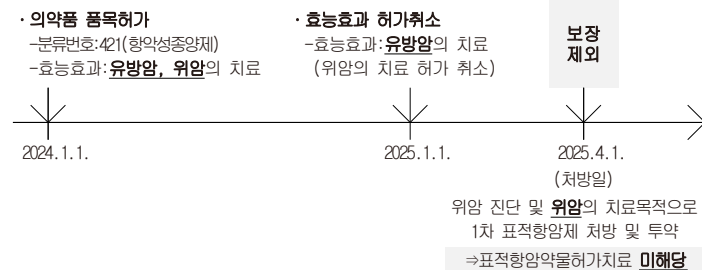
< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >

: 의약품의 효능효과 추가 허가



< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >

: 의약품의 효능효과 허가 취소



- ⑧ 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’ 이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 표적항암물허가치료보험금을 보장합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못

할 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - (1) 진단명
 - (2) 투약한 약제의 제품명
 - (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 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.

제9조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 보장보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제10조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조(계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 ‘암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)’으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제11조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항에 따라 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제13조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제11조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제14조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-84-2 표적항암약물허가치료(치료당,진단후10년)(기타피부암및갑상선암)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 그 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 ‘표적항암약물허가치료(주사제)’를 받은 경우에는 아래의 금액을 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

보험금의 종류		지급금액
표적항암약물 허가치료보험금 (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’) (주사제)	‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 으로 ‘표적항암약물허가치료 (주사제)’ 를 받은 경우 (단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

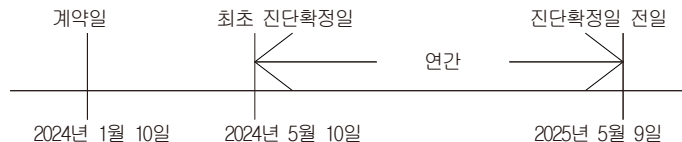
- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 그 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 ‘표적항암약물허가치료(주사제 외)’ 를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
표적항암약물 허가치료보험금 (‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’) (주사제 외)	‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 으로 ‘표적항암약물허가치료(주사제 외)’ 를 받은 경우 (단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

- ③ 제1항 및 제2항에서 ‘보험금 지급기간’ 이라 함은 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며 표적항암약물허가치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제2항에서 연간이라 함은 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 매년 진단확정일이라 합니다.)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



【 유의사항 】

‘암의 진단확정’ 이라 함은 보장개시일 이후 최초로 진단확정된 암을 의미하며, 보험계약일 이전에 진단받은 암이 완치되기 전에 다시 진단받는 경우 등은 포함되지 않습니다.

제2조 (기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- 이 보장에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 이 보장에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’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 합니다. 이 경우 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- 제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때’ 예시 >

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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C79.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 제3항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (입원 등의 정의와 장소)

- ① 이 보장에서 ‘입원’ 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 (의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【유의사항】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

- ② 이 보장에서 ‘통원’ 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (항암약물치료 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘항암약물치료’ 라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

- ② 이 보장에서 ‘주사제’ 라 함은 소화관 대신 피부, 정맥 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

제5조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘표적항암제’ 란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’ (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’ 에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 ‘표적항암제’ 의 범위에서 제외됩니다.

【 용어해설 】

< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과와 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 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.

- ② 이 보장에서 ‘표적항암약물허가치료’라 함은 제4조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 치료를 직접적인 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, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우

【 용어해설 】

< 암질환심의위원회>

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증 환자)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://hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

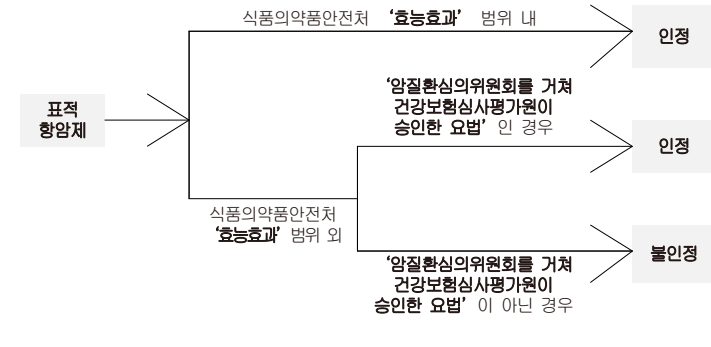
- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘표적항암제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일 수 및 표적항암약물허가치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조 (항암약물치료 등의 정의) 및 제5조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)의 표적항암약물허가치료(주사제)에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

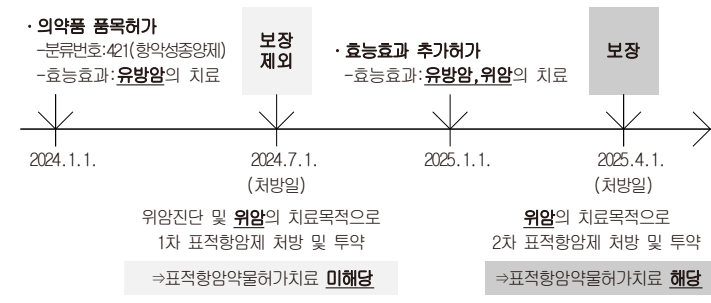
< 표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위 >



- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료를 받은 경우' 라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료를 정의) 제4항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

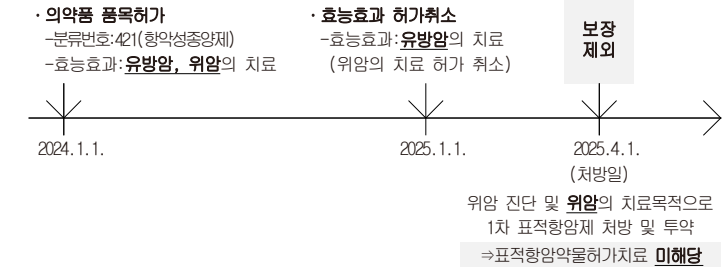
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가



【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소



- ⑥ 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암' 및 '갑상선암' 으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간' 이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 표적항암약물허가 치료보험금을 보장합니다.
- 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 표적항암약물허가치료 증명서
가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
(1) 진단명
(2) 투약한 약제의 제품명
(3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

- 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 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.

제9조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항에 따라 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제10조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 보장보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조 (계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 ‘기타피부암 및 갑상선암’으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제12조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제9조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제13조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-85 항암방사선(양성자)치료(치료당,진단후10년)(갱신형)보장 특별약관

항암방사선(양성자)치료(치료당, 진단후10년)(갱신형)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.

- 항암방사선(양성자)치료(치료당, 진단후10년)(기타피부암및갑상선암제외)(갱신형)보장
- 항암방사선(양성자)치료(치료당, 진단후10년)(기타피부암및갑상선암)(갱신형)보장

1-85-1 항암방사선(양성자)치료(치료당,진단후10년)(기타피부암및갑상선암제외)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 그 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
항암방사선(양성자)치료 보험금 (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우 (단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

- ② 제1항에서 ‘보험금 지급 기간’이라 함은 그 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외) 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

【유의사항】

‘암의 진단확정’이라 함은 보장개시일 이후 최초로 진단확정된 암을 의미하며, 보험계약일 이전에 진단받은 암이 완치되기 전에 다시 진단받는 경우 등은 포함되지 않습니다.

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생

물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 보장에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 보장에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암방사선(양성자)치료 등의 정의)

- ① 이 보장에서 '항암방사선(양성자)치료'라 함은 제2항의 '항암방사선치료' 중 방사선 종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

< 항암방사선(양성자)치료 >

방사선 치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리 된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 위의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 양성자 치료는 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화 합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용 합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(양성자)치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’ 이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 항암방사선(양성자)치료보험금을 보장합니다.

- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간 이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 보장보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제10조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조 (계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 ‘암(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외) ’으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(보장의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

제12조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-85-2 항암방사선(양성자)치료(치료당,진단후10년)(기타피부암및 갑상선암)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 으로 최초 진단확정되 고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 치료를 직접적인 목적 으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 치료당 1회에 한하여 보험 수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
기타피부암 및 갑상선암의 항암방사선(양성자)치 료보험금	‘기타피부암’ 및 ‘갑상선 암’ 으로 ‘항암방사선(양성 자)치료’ 를 받은 경우 (단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액

- ② 제1항에서 ‘보험금 지급기간’ 이라 함은 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 최초 진단확정 일로부터 10년을 말하며 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되 는 기간을 말합니다.

제2조 (기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악 성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병 중 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 보장에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성 신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격

증을 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 합니다. 이 경우 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ④ 제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선 암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어 야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때’ 예시>

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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상 세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질 병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물 (C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 보 니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물 (C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 보 니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습 니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 제3항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (항암방사선(양성자)치료 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘항암방사선(양성자)치료’라 함은 제2항의 ‘항암방사선치료’ 중 방사선 종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

< 항암방사선(양성자)치료 >

방사선 치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리 된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 위의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 양성자 치료는 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화 합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 항암방사선(양성자)치료 보험금을 보장합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(양성자)치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 보장보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제8조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조 (계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 ‘기타피부암 및 갑상선암’으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-86 항암방사선(세기조절)치료(치료당,진단후10년)(갱신형) 보장 특별약관

항암방사선(세기조절)치료(치료당,진단후10년)(갱신형)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.

- 항암방사선(세기조절)치료(치료당,진단후10년)(기타피부암및갑상선암제외)(갱신형)보

장
- 항암방사선(세기조절)치료(치료당, 진단후10년)(기타피부암및갑상선암)(갱신형)보장

1-86-1 항암방사선(세기조절)치료(치료당, 진단후10년)(기타피부암 및갑상선암제외)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 그 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류	지급금액
항암방사선(세기조절)치료보험금 (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)	‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우 (단, 최초진단확정일로부터 최대10년간) 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

- ② 제1항에서 ‘보험금 지급 기간’ 이라 함은 그 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외) 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

【 유의사항 】

‘암의 진단확정’ 이라 함은 보장개시일 이후 최초로 진단확정된 암을 의미하며, 보험계약일 이전에 진단받은 암이 완치되기 전에 다시 진단받는 경우 등은 포함되지 않습니다.

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악

성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

- ④ ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 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 합니다. 이 경우 ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ , ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< 제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’ 과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’ 로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’ 이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’ 로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’ 이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’ 로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’ 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (항암방사선(세기조절)치료 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘항암방사선(세기조절)치료’라 함은 제2항의 ‘항암방사선치료’ 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 ‘세기조절방사선치료법’을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료법을 말합니다.

다만, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

- ② 이 보장에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【용어해설】

< 세기조절방사선치료법 >

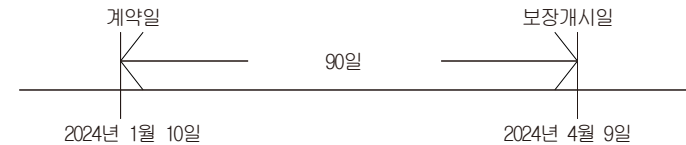
방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제31조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【예시안내】

< ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제30조(계약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 항암방사선(세기조절)치료보험금을 보장합니다.
- 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 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(세기조절)치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간 이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 보장보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제10조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조 (계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 ‘암(‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외) ’ 으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제8조(보장의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가

제12조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

1-86-2 항암방사선(세기조절)치료(치료당,진단후10년)(기타피부암 및갑상선암)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
기타피부암 및 갑상선암의 항암방사선(세기조절)치료보험금	‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 으로 ‘항암방사선(세기조절)치료’ 를 받은 경우 (단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액

- ② 제1항에서 ‘보험금 지급기간’ 이라 함은 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

제2조 (기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘기타피부암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병 중 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 보장에서 ‘갑상선암’이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 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

기준으로 하여야 합니다. 이 경우 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ④ 제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때’ 예시 >

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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 제3항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상조건이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (항암방사선(세기조절)치료의 정의)

- ① ‘항암방사선(세기조절)치료’라 함은 제2항의 ‘항암방사선치료’ 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 “세기조절방사선 치료법”을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료법을 말합니다. 단 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

< 세기조절방사선치료법 >

방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 항암방사선(세기조절)치료보험금을 보장합니다.
- 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.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(세기조절)치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제33조를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 보장보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제9조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장의 자동갱신은 보통약관 제30조 (계약의 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 ‘기타피부암 및 갑상선암’ 으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제7조(보장의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

2. 상해 및 질병관련 특별약관

2-1 양전자방출단층촬영검사지원비(PET)(연간1회한,급여) (갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

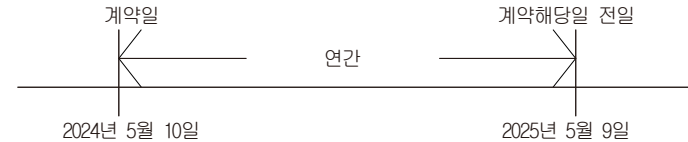
- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요조건을 토대로 ‘급여 양전자방출단층촬영(PET)검사’에 해당하는 ‘의료행위’를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급 합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상	
양전자방출 단층촬영(PET)검 사 보험금	‘급여 양전자방출단층촬영 (PET)검사’를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액	

- ② 제1항의 ‘의료행위’라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 말합니다.
- ③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (급여 양전자방출단층촬영(PET)검사의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘급여 양전자방출단층촬영(PET)검사’라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병 또는 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 [별표27] ‘급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 의료행위 분류표’에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 ‘급여 양전자방출단층촬영(PET)검사’는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목(다-339)이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘급여 양전자방출단층촬영(PET)검사’에 준하여 수가코드를 결정합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 ‘급여 양전자방출단층촬영(PET)검사’ 외에 ‘급여 양전자방출단층촬영(PET)검사’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)' 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 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 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

2-2 응급실내원진료비(응급)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '응급환자' 로 '응급실' 에 내원하여 진료받은 경우에는 내원 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)
이 때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.
다만, 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 경우는 제외합니다.

보험금의 종류		지급금액
응급실 내원진료비 (응급)	'응급환자' 로 '응급실' 에 내원하여 진료받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (응급실, 응급환자의 정의)

- ① 이 특약에서 '응급실' 이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관), 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실 및 종합병원의 응급실을 말합니다.

【 관련법규 】

※ 응급의료에 관한 법률 제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급 의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

※ 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

- ② 이 특약에서 '응급환자' 라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

【 관련법규 】

※ 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 '법' 이라 한다) 제2조 제1호에서 '보건복지부령이 정하는 자' 란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 응급증상 및 이에 준하는 증상

2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

※ 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성意識장애, 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 손상
- 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
- 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
- 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 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. 이물체에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제3조 (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. 제3

자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 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 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해관련 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
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 ‘응급환자’에 해당하지 않으나 ‘응급실’에 내원하여 진료받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 응급실기록지 사본 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 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

【 관련법규 】

※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

3. 비용손해관련 특별약관

3-1 의료사고법률비용(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 피보험자가 실제로 부담한 금액을 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
의료사고법률비용	‘의료사고’가 발생하여 소를 제기한 경우	변호사 착수금의 80% (이 특약의 보험가입금액 한도)

제2조 (의료사고 등의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘의료사고’라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초월하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다.
그러나 의료법 제3조(의료기관)에 정한 의료기관에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.
- ② 이 특약에서 ‘의료기관’이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 보험기간 중 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우에도 보험금을 지급합니다.

제4조 (보험금의 분담)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 의료사고법률비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 ‘공제계약’을 포함합니다. 이하 동일합니다.)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산

출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

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

【 예시안내 】

< 다른 계약이 체결되어 있는 경우 보험금의 분담 >

피보험자의 실제 손해액 80, 계약1(현대해상) 보상책임 60, 계약2 보상책임 40인 경우에는 피보험자는 계약1(현대해상)에서 48을 보상받습니다. 나머지 손해액은 계약2에서 보상됩니다.

$$\bullet \text{계약1} = 48 = 80 \times \frac{\text{계약1}(60)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \quad \bullet \text{계약2} = 32 = 80 \times \frac{\text{계약2}(40)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)}$$

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

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

기타
특별
약관

4. 기타 특별약관

4-1 사망보험금 선지급 제도특별약관

제1조 (적용대상)

- ① 이 사망보험금 선지급 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다.)을 부가하는 보통약관은 계약자와 피보험자가 동일한 계약이어야 합니다.
- ② 이 특약의 보험기간은 기본계약의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보통약관이 자동갱신되는 경우에는 제2항에서 정한 ‘보험기간이 끝나는 날’을 ‘자동갱신기간이 끝나는 날’로 대체합니다.
- ④ 보통약관에 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하 ‘사망보장특약’이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에도 이 특약을 적용합니다.

제2조 (지급사유)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간(이하 ‘여명’이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보험금의 50%를 보험수익자에게 선지급 사망보험금(이하 ‘보험금’이라 합니다)으로 지급합니다.
- ② 이 특약의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다.
다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 사망보장특약에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특약에 의하여 지급된 보험금에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.
- ③ 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 사망보험금의 청구를 받았을 경우에는 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또한 보통약관에 따라 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.
- ⑥ 이 특약의 보험금을 지급할 때 보험금의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제3조 (보험금의 지정대리 청구인)

- ① 계약자가 이 특약의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정하거나 또는 제4조(지정대리청구인의 변경 지정)의 규정에 따라 변경 지정한 다음의 자(이하 ‘지정대리청구인’이라 합니다)가 제7조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험수익자의 대리인으로서 이 특약의 보험금을 청구할 수 있습니다.
 1. 보험금 청구시 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 보험금 청구시 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항의 규정에 의하여 회사가 이 특약의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제4조 (지정대리청구인의 변경 지정)

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 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

제5조 (보험금을 지급하지 않는 보험사고)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제2조(지급사유) 제1항에 해당된 경우에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조 (특별약관의 보험료)

이 특약의 보험료는 없습니다.

제7조 (보험금의 청구)

- ① 피보험자 또는 지정대리청구인은 제1조(적용대상)에 정한 이 특약의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특약의 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
 4. 피보험자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)(지정대리청구인이 청구할 경우)
 5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계증명서 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
 6. 기타 피보험자 또는 지정대리청구인이 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.

【 관련법규 】

※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

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 이 특약의 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다.
다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보통약관 [부표1] ‘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.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다.
다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 사망보장 특별약관을 따릅니다.

4-2 지정대리청구서비스 제도특별약관

제1조 (적용대상)

이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없는 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 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나의 방식으로 보험금의 대리청구인(이하 ‘지정대리청구인’이라 합니다)을 지정할 수 있습니다.
 1. 제2항에서 정한 대리청구인 지정 가능 범위에 해당하는 자 중에서 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인 지정)을 기명하여 지정할 수 있습니다.
 2. 제1호에도 불구하고, 무기명으로 제6조 제1항 제4호의 서류에서 확인할 수 있는 대리청구인을 지정할 수 있습니다. 단, 지정된 무기명 대리청구인은 보험금 청구 시점을 기준으로 판단됩니다.

【 용어해설 】

[기명 대리청구인]

계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제3조(지정대리청구인의 지정) 제1항 제1호에 따라 기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

[무기명 대리청구인]

계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제3조(지정대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 무기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

【 예시안내 】

<대리청구인 지정 예시>

· 기명 대리청구인

- 계약자가 기명하여 지정 : (예시) “김00”

· 무기명 대리청구인

- 계약자가 특정인을 기명하지 않고 지정 : (예시) 가족관계등록부 상 배우자

<무기명 대리청구인 판단 예시>

- 보험 가입 당시 무기명 대리청구인을 가족관계등록부 상 배우자(당시 해당 서류상 배우자 A)로 지정한 후에 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 대리청구하는 시점에 가족관계등록부 상 배우자가 B인 경우
→ 해당 시점 대리청구인은 제6조 제1항 제4호로 증명할 수 있는 배우자 B

- ② 제1항에 따라 지정 가능한 지정대리청구인은 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다. 또한 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 따른 변경 지정 또는 제6조(보험금의 청구)에 따른 보험금 청구 시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족, 단, 제1항 제2호에 따른 무기명 대리청구인 지정은 피보험자의 직계존속 또는 직계비속
- ③ 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(가족관계증명서 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. 개인정보수집이용동의서
- ② 제1항에도 불구하고, 제3조(지정대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 계약자가 지정대리청구인을 무기명으로 변경 지정하는 경우에는 제1항 제3호 내지 제4호의 서류는 제출하지 않습니다.

제5조 (보험금 지급 등의 절차)

- ① 제3조(지정대리청구인의 지정) 제1항의 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, 2인

의 기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리인이 사망 등의 이유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

- ② 제1항에도 불구하고, 제3조(지정대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 지정된 무기명 대리청구인이 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하는 경우에는 해당 보험금은 보험수익자의 계좌로 지급됩니다. 다만, 2인 이상의 무기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 한 명이 보험금을 청구할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ④ 제3조(지정대리청구인의 지정) 제1항에 따라 지정된 지정대리청구인이 가족관계등록부상 배우자였으나 보험금 청구 시점에 당시 가족관계등록부상의 배우자가 안리 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 상실된 것으로 봅니다.

제6조 (보험금의 청구)

- ① 제3조(지정대리청구인의 지정) 제1항의 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 3. 신분증(주민등록증이나 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 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 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

4-3 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 제도특별약관

제1조 (특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약(기본계약을 말하며, 선택계약이 부가된 경우에는 선택계약을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 또는 보험기간 중에 피보험자의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않거나 해당계약을 체결한 후 계약전 알릴의무 위반의 효과 등으로 보장이 제한될 경우에 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 특별약관은 ‘특약’이라 합니다.)
- ② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 회사의 계약인수지침 기준에 따라 피보험자의 과거 병력과 직접 관련이 있는 신체부위 또는 질병 등으로 제한하며, 보장제한 설명 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 효력발생일은 보통약관 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시에서 정한 보

- 장개시일과 동일합니다.
- ④ 계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력이 없어진 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 보험계약을 무효로 하지 않습니다.
1. 이 특약 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특약 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조 (특별면책조건의 내용)

- ① 이 특약에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 다만, 질병으로 인한 사망으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.
1. [별표24] ‘특정부위 분류표’ 중에서 회사가 지정한 부위(이하 ‘특정부위’라 합니다.)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다.)
 2. [별표25] ‘특정질병 분류표’ 중에서 회사가 지정한 질병(이하 ‘특정질병’이라 합니다.)
- ② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간(이하 ‘부담보 기간’이라 합니다.)은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 ‘1개월부터 5년’ 또는 ‘계약의 보험기간’으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약인수지침을 따릅니다.
- 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

【 유의사항 】

< 계약의 보험기간 >

계약이 갱신 또는 재가입 계약인 경우 최초 계약일부터 최종 갱신 또는 재가입 계약의 종료일까지의 기간을 말합니다.

- 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 납입연체로 해지된 경우 다음 각 호를 따릅니다.
1. 유사계약에서 정한 부담보 기간 종료일 이내에서 계약의 부담보 기간을 적용합니다.
 2. 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정합니다.
 3. 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 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 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 않을 수 있습니다.

【 관련법규 】

※ 보험업법 제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)

- ① 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 그 체결 또는 모집에 관하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.
5. 보험계약자 또는 피보험자로 하여금 이미 성립된 보험계약(이하 이 조에서 “기존보험계약”이라 한다)을 부당하게 소멸시킴으로써 새로운 보험계약(대통령령으로 정하는 바에 따라 기존보험계약과 보장 내용 등이 비슷한 경우만 해당한다. 이하 이 조에서 같다)을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 함으로써 기존보험계약을 부당하게 소멸시키거나 그 밖에 부당하게 보험계약을 청약하게 하거나 이러한 것을 권유하는 행위

※ 보험업법시행령 제43조의2(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)

- ① 법 제97조제1항제5호에 따라 이미 성립된 보험계약(이하 “기존보험계약”이라 한다)과 보장 내용 등이 비슷한 새로운 보험계약은 다음 각 호의 사항에 모두 해당하여야 한다. 다만, 기존보험계약 또는 새로운 보험계약의 보험기간이 1년 이하인 경우 또는 컴퓨터통신을 이용하여 새로운 보험계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 기존보험계약과 새로운 보험계약의 피보험자가 같을 것
 2. 기존보험계약과 새로운 보험계약의 위험보장의 범위가 법 제2조제1호 각 목의 생명보험상품, 손해보험상품, 제3보험상품의 구분에 따라 비슷할 것
- ⑤ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 3. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병에 대해서 계약 청약일 이후 5년이 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없이 계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- 다만, 계약 청약일 현재 부담보 기간을 ‘계약의 보험기간’으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않았다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

【유의사항】

추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

- ⑥ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑧ 회사는 제1항의 특정부위 또는 특정질병을 모두 더하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.
- ⑨ 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 보장이 제한되는 경우에는 계약자의 동의가 필요합니다.

제3조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

【유의사항】

< 보장보험료 납입의 면제 >

회사는 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리로 인하여, 이륜자동차 운전자로 인한 위험도가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘우리회사’는 ‘회사’라 합니다.)

- ② 이 특약의 효력발생일은 보통약관 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.
- ③ 계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조 (이륜자동차의 정의)

- ① 이 특약에서 ‘이륜자동차’라 함은 자동차관리법(하위법령, 규칙 포함)에 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, 전동기 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 포함합니다.(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
- ② 제1항에서 ‘그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차’는 다음 각호에 해당하는 자동차를 포함합니다.
 1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
- ③ 제1항 및 제2항의 경우 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

【유의사항】

※ 퍼스널모빌리티(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등)는 자동차관리법에 정한 ‘이륜자동차’, 도로교통법에 정한 ‘원동기장치자전거’에 포함됩니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하는 중에 피보험자에게 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.
다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등 주기적으로

4-4 이륜자동차 운전중 상해 부담보 제도특별약관

제1조 (특별약관의 적용)

- ① 이 특별약관은 계약(기본계약을 말하며, 선택계약이 부가된 경우에는 그 선택계약을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 또는 보험기간 중에 피보험자가 이륜자동차의

로 운전하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급하며, 보장보험료의 납입을 면제합니다.

- ② 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제4조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

4-5 보험료 자동납입 제도특별약관

제1조 (보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관(이하 ‘특약’ 이라 합니다.)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다.) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에는 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다.)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제22조(계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조 (보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조 (계약후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특약을 따릅니다.

4-6 특별조건부(할증보험료법) 제도특별약관

제1조 (보험계약의 성립)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’ 이라 합니다.)은 보험계약을 체결할 때 피보험자의 진단결과 보험회사가 정한 표준체보험에 가입할 수 없다고 인정될 때에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 계약은 ‘해당 계약’ 이라 합니다.)
- ② 이 특약의 보장개시일은 해당 계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없을 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.

【 용어해설 】

< 표준체보험 >

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 부합하여 위험률을 할인, 할증하지 않은 보험

< 할증위험률 >

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 높게 적용되는 위험률

제2조 (특약의 내용)

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

제3조 (특약의 부가조건)

- ① 특약에 의하여 부가하는 계약조건은 계약체결 시 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 제2항에서 정한 방법으로 부가합니다.
- ② 할증위험률에 의한 보험료와 표준체 보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 표준체 보험료에 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 보험계약에서 정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에 의하여 해당 계약에 부가된 조건을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제4조 (특약의 보험기간 및 보험료의 납입)

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

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

특별
약관

질병

상해
및
질병

비용
손해

독립
특약

기타
특별
약관

4-7 만기고객보험료할인 제도특별약관

제1조 (적용범위)

이 특별약관은 우리회사에 다음 각 호를 모두 만족하는 장기손해보험 계약의 계약자가 새로운 장기손해보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.(이하 특별약관은 ‘특약’, 우리회사는 ‘회사’라 합니다.)

1. 보험기간 종료일이 6개월 이내인 유효한 계약 또는 보험기간이 종료된 이후 3개월이 지나지 않은 계약.
2. 이미 납입한 보험료 총액이 100만원 이상인 계약.
단, 이미 납입한 보험료 총액은 보험증권에 기재된 영업보험료(약관에서 정한 방법에 따라 계약자가 임의 또는 수시로 납입하는 보험료는 제외)를 대상으로 하며, 이미 납입한 보험료 총액이 100만원 미만인 계약에 대해서는 회사에 가입한지 1년 이상 경과한 유효한 다른 장기손해보험 계약이 있을 경우 그 계약의 이미 납입한 보험료 총액과 합산하여 계산함.

제2조 (보험요율의 적용)

이 특약을 부가하는 장기손해보험 계약에 대하여 회사가 정한 기준에 따라 할인한 보험요율을 적용합니다.

제3조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

4-8 전자서명 제도특별약관

제1조 (적용범위)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 계약에 적용됩니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’이라 합니다.)

제2조 (특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특약은 계약(무배당 현대해상두배받는암보험(Hi2607) 보통약관을 말하며, 다른 특약이 부가된 경우에는 그 특약도 포함합니다. 이하 ‘보통약관’이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 계약을 청약할 수 있

며, 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조 (약관교부의 특례)

- ① 계약자가 동의하는 경우 보험증권, 상품설명서, 약관 및 계약자 보관용 청약서 등(이하 ‘보험계약 안내자료’라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
- ② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수신을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조 (보험계약자의 알릴 의무)

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

제5조 (준용규칙)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

4-9 장애인전용보험전환 제도특별약관

제1조 (특별약관의 적용범위)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.
 1. 「소득세법 제 59조의 4 (특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【 관련법규 】

<소득세법 제 59조의 4 (특별세액공제) >

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연100 만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

<소득세법 시행령 제 118조의 4 (보험료의 세액공제)>

- ① 소득세법 제59조의 4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 소득세법 제59조의 4 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 제 61조의 3 (공제대상보험료의 범위)>

영 제118조의 4 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

【 관련법규 】

<「소득세법 시행령 제 107조 (장애인의 범위)」에서 규정한 장애인>

- ① 소득세법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
 1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
 3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

<소득세법 시행규칙 제 54조 (장애아동의 범위) >

영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

【 예시안내 】

<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시>

1. 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.
2. 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.
3. 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

- ② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조 (제출서류)

- ① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식」에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본(이하, “장애인증명서”라 합니다)을 제출하여 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에

해당항을 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 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 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 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【 예시안내 】

2020년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2020년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2020년 1월 15일~ 2020년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2020년6월1일~2020년12월31일) 납입된 보험료만 2020년 특별세액공제 대상이 됩니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출 서류)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.

【 예시안내 】

2020년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2020년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2020년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

- ④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다.

다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(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 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조 (준용규정)

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

별표

[별표1]

장애분류표

제1장 총칙

1. 장애의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우

에는 그 기준에 따른다.

- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 간병(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

제2장 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’) 경우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.

- 4) ‘한눈의 교정시력이 0.020이하로 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 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’ 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)을 남긴 경우
- 7) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) ‘뚜렷한 시야 장애’ 라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’ 라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’ 으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’ 으로 지급률을 가산한다.
- 12) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’ 에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ± 10 dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) ‘한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때’ 라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) ‘심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 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 추가실시 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.

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

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도 검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지기검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각

의 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(임별리기)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때' 라 함은 심한 개구(임별리기)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음식 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구(임별리기)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(임별리기)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(임별리기)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(입벌리기)운동이 2cm이하로 제한되는 경우
- 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
- 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
- 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구(입벌리기)장애는 턱관절의 이상으로 개구(입벌리기)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입벌리기)상태에서 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.

- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술(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 1/2 이상 결손
- 2) 머리
가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
나) 길이 5cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골(어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈)의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체

- (척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
- 다) 척추(등뼈)의 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 기형증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 경과한 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, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 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 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 휘어

- 지는 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 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골(어깨뼈,골반뼈,빗장뼈,가슴뼈,갈비뼈)의 장애

가. 장애의 분류

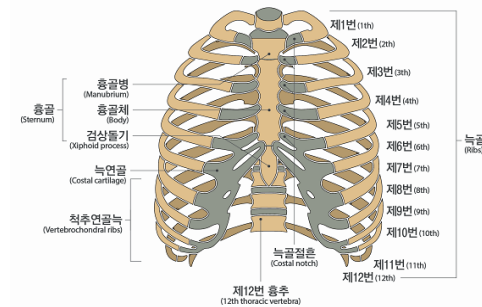
장애의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

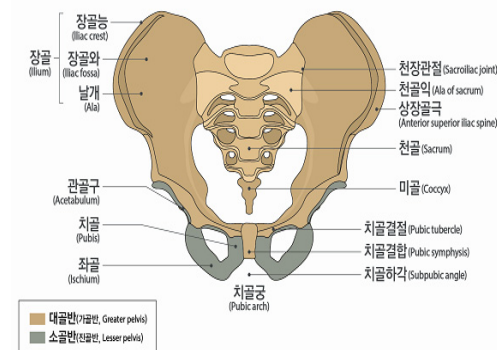
- 1) '체간골(어깨뼈,골반뼈,빗장뼈,가슴뼈,갈비뼈)'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태
- 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사를 통해 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

- 3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’ 인 경우

- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

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

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

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

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

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

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

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

- 12) ‘가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 요골과 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 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 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.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
- ‘다리’라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- ‘다리의 3대 관절’이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- ‘한 다리의 발목 이상을 잃었을 때’라 함은 발목관절(족관절)로부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
 - 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 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) 소견이 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 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- 다) 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
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 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
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 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
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) ‘가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) ‘가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) ‘뼈에 기형을 남긴 때’라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.
- 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

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 아니한다.
- 3) ‘발가락을 잃었을 때’ 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)(제1지관절 포함)부터 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 발가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) ‘발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.
- 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. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) ‘심장 기능을 잃었을 때’ 라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

- 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
- 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
- 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
- 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
- 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
- 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
- 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상에 측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 <붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표' 에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR척도 5점	100
8) 심한치매 : CDR척도 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 '[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표' 의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 '[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표' 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 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 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 경과한 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은

경우에는 그로인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.

- 다) ‘정신행동에 극심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) ‘정신행동에 심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) ‘정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 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 실시되어져야 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 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단 시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치

료 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 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) ‘경증발작’ 이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

[붙임]

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유 형	제한정도	지급률
이동동작	특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	40%
	휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태	30%
	목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20%
	보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10%
음식물 섭취	입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20%
	수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15%
	숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5%

유 형	제한정도	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 위치처리시 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 위치처리에 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%

[별표2]

악성신생물(암) 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘악성신생물(암)’로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
6. 종피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60~C63
10. 요로의 악성신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판증가증	D47.3
20. 골수성유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- ② 제10차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지

침’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.

- ⑥ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표3]

제자리신생물 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘제자리신생물’로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	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

- ② 제10차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(항후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘경계성종양’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 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

- ② 제10차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(항후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표5]

의료기관의 시설규격

다음의 시설규격은 의료법 시행규칙 제35조(의료기관의 시설기준 및 규격)에서 정하는 별표4에 따르며, 법령의 변경으로 변경 또는 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

1. 입원실

- 가. 입원실은 3층 이상 또는 「건축법」 제2조 제1항 제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, 「건축법 시행령」 제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
- 나. 입원실의 면적은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 6.3㎡ 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 4.3㎡ 이상으로 하여야 한다.
- 다. 소아만을 수용하는 입원실의 면적은 위 '나'의 입원실 면적의 3분의 2 이상으로 할 수 있다. 다만, 입원실 한 개의 면적은 6.3㎡ 이상이어야 한다.
- 라. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
- 마. 전염성 질환자의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 전염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 10㎡ 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 '신생아중환자실'이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5㎡ 이상으로 한다. 이 경우 '병상 1개당 면적'은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소측지기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

[별표6]

특정암 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘특정암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
3. 담낭의 악성신생물	C23
4. 담도의 기타 및 상세불명 부위의 악성신생물	C24
5. 췌장의 악성신생물	C25
6. 기관의 악성신생물	C33
7. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
8. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
9. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C70 ~ C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
10. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

대상이 되는 질병	분류번호
11. 만성 골수증식질환 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	047.1 047.5

- ② 제10차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 한국표준질병사인분류 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.
- ⑥ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표7]

뇌혈관질환 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘뇌혈관질환’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

- ② 제10차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표8]

허혈심장질환 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘허혈심장질환’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

- ② 제10차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표9]

카티(CAR-T)항암약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 분류표

- ① 아래 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료제’ 해당 의약품명 및 성분명은 2023년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료제’ 해당 여부는 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.

의약품명과 성분명
- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다. - 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. - 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명 (국문 및 영문)	의약품명(국문)
1	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	김리아주(티사젠렉류셀)
2	실타캅타젠오토류셀 Ciltacabtagene Autoleucel	카빅티주(실타캅타젠오토류셀)

[별표10]

급여 바늘생검조직병리검사 대상 추가코드

- ① 약관에서 규정하는 ‘급여 바늘생검조직병리검사’ 이라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2021-167호 2021.7.1. 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 추가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다,

구분	대상이 되는 의료 행위	의료행위 추가코드
급여 전립선 바늘생검조직병리검사	전립선생검-경피적	C8551
급여 갑상선 바늘생검조직병리검사	갑상선생검-침생검	C8591
급여 유방 바늘생검조직병리검사	유방생검[편측]-침생검	C8641

- ② 보건복지부에서 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 추가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘급여 바늘생검조직병리검사’에 준하여 ‘급여 바늘생검조직병리검사’ 추가코드’를 결정합니다.
- ③ 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 ‘급여 바늘생검조직병리검사’ 외에 ‘급여 바늘생검조직병리검사’에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[별표11]

비급여대상

다음의 비급여대상은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조(비급여대상) 제1항에서 정하는 별표2에 따르며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비요생식기 질환
 - 라. 단순 코골음
 - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 치과교정. 다만, 입술입천장갈림증(구순구개열)을 치료하기 위한 치과교정 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔(흉터)구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔(흉터)제거술
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
 - 아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증

- 진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
- 라. 볼소부분도포, 치면열구전색(치아흙메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아흙메우기)은 제외한다.
 - 마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
 - 바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
 - 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
 - 아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
 - 가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용함에 따라 제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용. 다만, 상급종합병원 및 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원은 제외한다)의 상급병상을 이용하는 경우에는 입원료를 포함한 입원실 이용비용 전액(다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다)
 - (1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.
 - (가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원 및 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것
 - (나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것
 - (다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것
 - (2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우
 - 나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용
 - (1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제

3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조제2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자들이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

라. 삭제 <2017. 9. 1.>

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 <2006.12.29>

카. 삭제 <2018. 12. 31.>

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후

단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제8항제2호에 따른 제한적 의료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 <2006.12.29>

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첨약 및 기상한약서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

[별표12]

유방암으로 인한 유방수술 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘유방암으로 인한 유방수술’이란 유방의 악성신생물(C50)로 인한 유방수술로서 다음의 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)에 의한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말하며, 이후 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 수술	수술 및 처치코드
유방수술	85
※ 단, 아래 의료 행위는 제외	
- 유방의 진단적 처치	(85.1)
- 유방의 흡인	(85.91)
- 유방내 치료약물의 주입	(85.92)

국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)가 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.

[별표13]

남성생식기암 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘남성생식기암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 음경의 악성신생물	C60
2. 전립선의 악성신생물	C61
3. 고환의 악성신생물	C62
4. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성신생물	C63

- ② 제10차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 한국표준질병사인분류 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.
- ⑥ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표14]

여성특정암 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘여성특정암’ 으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 외음의 악성신생물	C51
3. 질의 악성신생물	C52
4. 자궁경부의 악성신생물	C53
5. 자궁체부의 악성신생물	C54
6. 상세불명 자궁부위의 악성신생물	C55
7. 난소의 악성신생물	C56
8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물	C57
9. 태반의 악성신생물	C58

- ② 제10차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(항후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 한국표준질병사인분류 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.
- ⑥ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표15]

급여 뇌정위적방사선수술 대상 추가코드

- ① 약관에서 규정하는 ‘급여 뇌정위적방사선수술’ 이라 함은 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2021-167호 2021.7.1. 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 추가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다,

대상이 되는 의료행위	의료행위 추가코드
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	HD115

- ② 보건복지부에서 고시하는 건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 추가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘급여 뇌정위적방사선수술’에 준하여 ‘급여 뇌정위적방사선수술’ 추가코드’를 결정합니다.
- ③ 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 ‘급여 뇌정위적방사선수술 사’ 외에 ‘급여 뇌정위적방사선수술’에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[별표16]

심뇌혈관질환 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘심뇌혈관질환’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 류마티스열	I00-I02
2. 만성 류마티스심장질환	I05-I09
3. 허혈성 심장질환	I20-I25
4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26-I28
5. 기타 형태의 심장병	I30-I52
6. 뇌혈관질환	I60-I69
7. 칸디다심내막염	B37.6
8. 수막알균성 심장병	A39.5

- ② 제10차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표17]

특정바이러스질환 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘특정바이러스질환’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 C형 간염	B17.1
2. 델타-병원체가 있는 만성 바이러스 B형간염	B18.0
3. 델타-병원체가 없는 만성 바이러스 B형간염	B18.1
4. 만성 바이러스 C형 간염	B18.2
5. 감염성 및 기생충성 질환을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B20
6. 악성 신생물을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B21
7. 기타 명시된 질환을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B22
8. 기타 병태를 유발한 사람면역결핍바이러스병	B23
9. 상세불명의 사람면역결핍바이러스병	B24

- ② 제10차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표18]

위·십이지장, 대장양성종양(폴립포함) 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘위·십이지장, 대장양성종양(폴립포함)’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
위·십이지장	위의 양성 신생물	D13.1
	십이지장의 양성 신생물	D13.2
	위 및 십이지장의 용종	K31.7
대장	맹장의 양성 신생물	D12.0
	충수의 양성 신생물	D12.1
	상행결장의 양성 신생물	D12.2
	횡행결장의 양성 신생물	D12.3
	하행결장의 양성 신생물	D12.4
	구불결장의 양성 신생물	D12.5
	상세불명의 양성 신생물	D12.6
	직장구불결장의 양성 신생물	D12.7
	직장의 양성 신생물	D12.8
	직장용종	K62.1
	결장의 용종	K63.5

- ② 제10차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표19]

갑상선기능항진증 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘갑상선기능항진증’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
갑상선 기능항진증	갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05

- ② 제10차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표20]

신경차단·파괴치료(급여) 대상 수가코드

- ① 약관에서 규정하는 ‘신경차단·파괴치료 대상 수가코드’로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2020-5호, 2020.2.1.시행)에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위		수가코드
신경차단술	거미막하신경차단술	LA210
	경막외신경차단술	LA222~LA228
	뇌신경및뇌신경말초지차단술	LA232~LA234
	척수신경말초지차단술	LA241~LA245, LA247~LA249
	척수신경총, 신경근및신경절차단술	LA251, LA253
	교감신경총및신경절차단술	LA261, LA264, LA265
	척수신경말초지차단술	LA270~LA276
	경막외신경차단술	LA321~LA322
	경막외자장기펄프제거술	LA330
	뇌신경및뇌신경말초지차단술	LA340~LA341
	척수신경말초지차단술	LA346~LA347
	척수신경총, 신경근및신경절차단술	LA352~LA359
	교감신경총및신경절차단술	LA361~LA362, LA366~LA367
신경파괴술	거미막하신경파괴술	LB310
	경막외신경파괴술	LB320
	뇌신경및뇌신경말초지파괴술	LB331, LB333~LB336
	척수신경및말초지파괴술	LB341~LB346
	교감신경절및신경총파괴술	LB351, LB353~LB355, LB412, LB413

- ② 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘신경차단·파괴술’에 준하여 ‘신경차단·파괴술 수가코드’를 결정합니다.

[별표21]

6대기관 양성종양(폴립포함) 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘6대기관 양성종양(폴립포함)’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병			분류번호
1. 간	간의 양성종양, 간내담관의 양성종양		D13.4
2. 담관	간외담관의 양성종양		D13.5
3. 췌장	췌장의 양성종양		D13.6
4. 기관지 및 폐	기관지 및 폐의 양성종양		D14.3
5. 갑상선	갑상선의 양성종양		D34
5. 생식기관	남성	남성생식기관의 양성종양	D29
	여성	자궁의 평활근종	D25
		자궁의 기타 양성종양	D26
		난소의 양성종양	D27
		기타 및 상세불명 여성생식기관의 양성종양 여성생식기관의 용종	D28 N84

- ② 제10차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표22]

6대기관 양성종양(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드

① 약관에서 규정하는 '6대기관 양성종양(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드' 로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2020-5호, 2020.2.1.시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

수술내용		수가코드
내시경 종양제거 수술		Q7611-Q7789, QX706
간	1. 간농양(농종) 수술	
	가. 개복에 의한 흡입 또는 주입술	Q7211
	나. 배액을 위한 간절개술	Q7212
	다. 조대술	Q7213
	라. 낭종적출술	Q7214
담낭및 담도	1. 담도낭종수술	
	가. 우회술	Q7331
	나. 절제술	Q7332
	2. 담도종양수술	
	가. 양성	Q7341
췌장	1. 췌장가성낭종수술	
	가. 조대술	Q7541
	나. 외부배액법	Q7542
	다. 내부배액법	Q7543
	2. 췌장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7550
기관지 및 폐	1. 폐엽절제술	
	가. 단일폐엽절제술	01421
	나. 쌍폐엽절제술	01422
	다. 폐엽과 폐구역절제술	01423
	라. 소폐엽절제술	01424

수술내용		수가코드
갑상선	1. 갑상선수술	
	가. 갑상선염 전절제술 (1) 편측 (2) 양측 나. 갑상선염 아전절제술 (1) 편측 (2) 양측	P4551 P4552 P4553 P4554 P4558
생식 기관	2. 갑상선설관낭종절제술	
	1. 외성기 종양적출술	
	가. 양성	R4001
	1. 외음부 종양적출술	
	가. 양성	R4066
	2. 질 종양적출술	
	가. 양성	R4070
	3. 자궁근종절제술	
	가. 복부접근 (1) 단순 (2) 복잡	R4124 R4127 R4123
	나. 질부접근 다. 복강경술 (1) 단순 (2) 복잡	R4128 R4129
	4. 자궁경하 자궁근종절제술	
	가. 3cm 미만 나. 3cm 이상(다발성 포함)	R4125 R4126
	5. 자궁경관점막폴립절제술	R4240
	6. 자궁경하 자궁내막폴립절제술	R4241
	7. 부속기 종양 적출술 가. 양성	R4421

② 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정 등에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '신경차단·파괴술'에 준하여 '신경차단·파괴술 수가코드'를 결정합니다.

[별표23]

항암호르몬약물허가치료제 분류표

- 아래 ‘항암호르몬약물허가치료제’ 해당 의약품명 및 성분명은 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "항암호르몬약물치료제" 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·효과와 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명	
- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다. - 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. - 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘항암호르몬약물치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.	

번호	성분명 (국문 및 영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 아세테이트(미분화) abiraterone acetate Micronized	자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화)) 아비테론정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	에이덱스정(아나스트로졸) 아리미덱스정(아나스트로졸) 테바아나스트로졸정1밀리그램 아트로졸정(아나스트로졸) 페미젯정1밀리그램(아나스트로졸) 아나스토정(아나스트로졸)
3	비칼루타미드 bicalutamide	카소덱스정(비칼루타미드) 비카덱스정(비칼루타미드)50밀리그램 비카루드정(비칼루타미드) 칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드) 칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드)

		비카소정(비칼루타미드) 카덱스정(비칼루타미드) 카소비트정(비칼루타미드) 프로세이드정(비칼루타미드) 프로카덱스정(비칼루타미드) 프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드) 테바비칼루타미드정50밀리그램 피엠에스비칼루타미드정50밀리그램 (비칼루타미드(미분화))
4	다로루타미드 darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타미드)
5	데가렐릭스 degarelix	페마곤주80밀리그램(데가렐릭스) 페마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타미드 enzalutamide	엑스탄디엔질캡슐40mg(엔잘루타미드)
7	엑스메스탄 exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
8	풀베스트란트 fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트) 풀베트주(풀베스트란트)
9	고세렐린 goserelin	줄라덱스데포주사(고세렐린아세트산염) 줄라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
10	레트로졸 letrozole	페마라정(레트로졸) 레나라정(레트로졸) 트로젯정2.5밀리그램(레트로졸) 레트론정(레트로졸) 브레트라정(레트로졸) 파누엘정2.5밀리그램(레트로졸) 테바레트로졸정2.5밀리그램
11	류프로렐린 leuporelin	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 (루프로렐린아세트산염)
12	타목시펜 tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염) 광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 놀바텍스디정(타목시펜시트르산염) 놀바텍스정(타목시펜시트르산염) 타오프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염) 타오프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 타목센정
13	토레미펜 toremifene	화레스톤정40밀리그램(토레미펜시트르산염)
14	트립토렐린 triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염) 데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염) 디페렐린피알3.75밀리그램주(초산트립토렐린) 디페렐린피알주11.25밀리그램(파오산트립토렐린) 디페렐린에스알주22.5밀리그램 (트립토렐린파오산염)
15	메게스트롤 megestrol	메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트) 메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트) 네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트) 애피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트) 메가프렉스정40밀리그램(초산메게스트롤) 메가프렉스정160밀리그램(초산메게스트롤) 대원메게스트롤이에스현탁액(메게스트롤아세테이트) 대원초산메게스트롤현탁액 메게롤현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게시아현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게이스내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게이스에프내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게이트현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게프로현탁액(메게스트롤아세테이트) 비씨메게스트롤현탁액(초산메게스트롤) 애피트롤이에스내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 원광초산메게스트롤내복현탁액(수출용) 제이트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
16	아팔루타미드 apalutamide	얼리다정(아팔루타미드)
17	시프로테론 cyproterone	안드로쿨정(시프로테론아세테이트)

[별표24]

특정부위 분류표

구 분	특 정 부 위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	직장
4	항문
5	간
6	담낭(쓸개) 및 담관
7	췌장
8	비장
9	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골(갈비뼈) 포함)
10	코(외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함)
11	인두 및 후두 (편도 포함)
12	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
13	귀(외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지 돌기) 포함)
14	안구 및 안구부속기 (안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함)
15	신장
16	부신
17	요관, 방광 및 요도
18	음경
19	전립선
20	유방 (유선 포함)
21	자궁 (자궁체부(자궁몸통) 포함)
22	난소 및 난관
23	고환(고환초막(고환집막) 포함) 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
24	갑상선
25	경추부 (해당신경 포함)
26	흉추부 (해당신경 포함)
27	요추부 (해당신경 포함)
28	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)

구 분	특 정 부 위
29	왼쪽 어깨
30	오른쪽 어깨
31	왼쪽 고관절
32	오른쪽 고관절
33	왼팔 (왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
34	오른팔 (오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
35	왼쪽 다리 (왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
36	오른쪽 다리 (오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
37	자궁체부(자궁몸통) (제왕절개술을 받은 경우에 한함)
38	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
39	식도
40	대장(맹장, 직장 제외)
41	피부(두피 및 입술 포함)
42	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
43	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
44	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
45	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
46	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
47	부갑상선
48	질 및 외음부
49	쇄골(빗장뼈)
50	늑골(갈비뼈)

[별표25]

특정질병 분류표

① 약관에서 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
1	심장질환	I00 ~ I02 I05 ~ I09 I20 ~ I25 I26 ~ I28 I30 ~ I52
2	뇌혈관질환	I60 ~ I69
3	당뇨병	E10 ~ E14, 024
4	고혈압질환	I10 ~ I13, I15
5	결핵	A15 ~ A19 B90
6	담석증	K80
7	요로결석증	N20, N21, N23
8	골관절증 및 류마티스관절염	M05 ~ M06 M08 M15 ~ M19
9	등병증	M40 ~ M43 M45 ~ M51 M53 ~ M54
10	골반염	N73 ~ N74

구 분	대 상 질 병	분류번호
11	자궁내막증	N80
12	자궁의 평활근종	D25
13	하지의 정맥류	I83
14	통풍	E79, M10
15	지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78
16	사시	H49 ~ H51
17	탈장	K40 ~ K46, N43
18	복막의 질환	K65 ~ K67
19	골다공증	M80 ~ M82
20	천식	J45 ~ J46
21	난소의 양성신생물	D27
22	바르톨린샘의 질환	N75
23	여성 생식관의 용종	N84
24	백내장	H25 ~ H26

- ② 제10차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표26]

급여 특정NGS유전자패널검사 대상 수가코드

- ① 약관에서 규정하는 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’ 라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2021-167호 2021.7.1. 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다,

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사비-비유전성 유전자검사-고형암-Level I	CB003
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사비-비유전성 유전자검사-고형암-Level II	CB004
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사비-비유전성 유전자검사-혈액암-Level I	CB005
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사비-비유전성 유전자검사-혈액암-Level II	CB006

- ② 보건복지부에서 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정 에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관 련 법규에서 정한 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’ 에 준하여 ‘급여 특정NGS유전자패널검 사’ 수가코드’ 를 결정합니다.
- ③ 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 ‘ ‘급여 특정NGS유전자패널검사’ 외에 ‘ ‘급여 특정NGS유전자패널검사’ 에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[별표27]

급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 의료행위 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘급여 양전자방출단층촬영(PET)검사’라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2021-167호 2021.7.1. 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
양전자방출단층촬영-토르소	HK010
양전자방출단층촬영-심근	HK020
양전자방출단층촬영-뇌	HK030
양전자방출단층촬영-전신	HK040
양전자방출단층촬영-부분	HK050
양전자방출단층촬영-토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영	HK060

- ② 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘급여 양전자방출단층촬영(PET)검사’에 준하여 ‘급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 수가코드’를 결정합니다.

[별표28]

중증질환자(암) 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 ‘중증질환자 암 산정특례대상’은 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)’ 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00-C97, D00-D09, D32-D33, D37-D48)으로 진료를 받은 경우	V193

- 주) ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 암질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’에 따라 판단합니다.

중증질환자(암) 산정특례대상질병 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘중증질환자 암 산정특례대상’ 으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

산정특례 암질환 해당 상병	특정기호
1. 악성 신생물	C00~C97
2. 제자리 신생물	D00~D09
3. 수막의 양성신생물	D32
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
5. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D48

- ② 제10차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주요방사성의약품 해당 성분명 및 의약품명 분류표

- ① 아래 ‘주요방사성의약품’ 해당 의약품명 및 성분명은 2024년 9월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 ‘주요방사성의약품’ 해당 여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- ② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명
- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다. - 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. - 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘주요방사성의약품’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

구분	성분명 (국문 및 영문)	의약품명(국문)
방사성리간드 약품	루테튬(117Lu) 옥소도트레오타이드액 Lutetium(117Lu) Oxodotreotide	루타테라주
	루테튬(117Lu) 비피보타이드테트라세탄액 Lutetium(117Lu) Vipivotide Tetraxetan	플루빅토주
방사성물질 단독약품	요오드화나트륨(131I) Sodium Iodide(131I)	유니텍요오드화나트륨(131I)캡슐 테라캡131캡슐(30mCi)
	3-요오도벤질구아니딘(131I) 3-iodobenzylguanidine(131I)	캐리엠아이비지(131I)주사액 (방사성물질단독약품)

[별표31]

전이암 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘전이암’ 으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 상병		분류번호
림프절전이암	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
특정전이암	호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
	기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
	부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

- ② 제10차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표32]

유방암 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘유방암’ 으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

- ② 제10차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

유방특정질환 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘유방특정질환’ 으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
유방의 양성신생물	D24
양성 유방형성이상	N60
유방의 염증성 장애	N61
유방의 상세불명의 덩이	N63
유방의 기타 장애	N64

- ② 제10차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ⑤ 상기 외에도 대상질환 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질환 분류에 포함합니다.

인용 법 · 규정

인용 법·규정

법규1 개인정보 보호법	법-5
법규2 개인정보 보호법 시행령	법-6
법규3 고압가스 안전관리법	법-6
법규4 고압가스 안전관리법 시행규칙	법-6
법규5 공직선거법	법-6
법규6 교통사고처리 특례법	법-7
법규7 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙	법-7
법규8 국민건강보험법	법-8
법규9 국민건강보험법 시행령	법-8
법규10 금융소비자 보호에 관한 법률	법-15
법규11 금융소비자 보호에 관한 감독규정	법-17
법규12 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령	법-18
법규13 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법	법-18
법규14 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법	법-18
법규15 도로교통법	법-18
법규16 도로법	법-20
법규17 모자보건법	법-20
법규18 모자보건법 시행령	법-21
법규19 민법	법-21
법규20 민사소송법	법-21
법규21 상법	법-22
법규22 상법 시행령	법-22

법규23 소비자기본법	법-22
법규24 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률	법-22
법규25 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령	법-24
법규26 아동·청소년의 성보호에 관한 법률	법-26
법규27 약사법	법-26
법규28 어린이놀이시설 안전관리법	법-26
법규29 어린이놀이시설 안전관리법 시행령	법-26
법규30 여객자동차운수사업법 시행령	법-27
법규31 의료급여법	법-27
법규32 의료급여법 시행령	법-27
법규33 의료법	법-28
법규34 자동차관리법 시행규칙	법-29
법규35 자동차손해배상보장법 시행령	법-30
법규36 장기등 이식에 관한 법률	법-30
법규37 장애인복지법	법-31
법규38 장애인복지법시행규칙	법-31
법규39 장애인복지법 시행령	법-34
법규40 전기통신사업법	법-34
법규41 전자서명법	법-35
법규42 제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법	법-35
법규43 지방교육자치에 관한 법률	법-35
법규44 지역보건법	법-35

법규45 폭력행위등 처벌에 관한 법률	법-36
법규46 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률	법-36
법규47 형법	법-36
법규48 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률	법-38
법규49 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률	법-39
법규50 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙	법-39
법규51 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령	법-39
법규52 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률	법-42

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. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
 5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 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. <신설 2020. 2. 4.>

제17조(개인정보의 제공)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유)을 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
 1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 제15조제1항제2호·제3호 및 제5호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 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. 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. <신설 2020. 2. 4.>

제22조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 따른 법정대리인

을 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. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 14.>

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. <신설 2017. 4. 18., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4.>
- 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. <개정 2016. 3. 29., 2017. 4. 18., 2023. 3. 14.>
- ④ 삭제 <2023. 3. 14.>
- 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. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 14.>
- ⑥ 삭제 <2023. 3. 14.>
- ⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집·매출 등을 고려하여 대통령령으로 정한다. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 14.>

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 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016.3.29.>
 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·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다. <신설 2016.3.29.>
- 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. <신설 2023. 3. 14.>

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여

있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조 제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의 원선거 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. <개정 2002.3.7., 2010.1.25.>

- ③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다. <개정 2010.1.25.>

제223조(당선소송)

- ① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일 이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(大統領選人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의 배분과 當選人의 決定·公告·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의 석 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. <개정 2000. 2. 16., 2002. 3. 7., 2005. 8. 4., 2010. 1. 25., 2010. 3. 12., 2020. 1. 14., 2020. 12. 29.>
- 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·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. <개정 2002.3.7., 2010.1.25.>
- ③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다. <개정 2010.1.25.>
- ④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청사장을 피고로 한다.

법규6 교통사고처리 특례법

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 운전자가 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」 제

44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니하거나(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다), 「도로교통법」 제44조제5항을 위반하여 음주측정 방해행위를 한 경우와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016. 1. 27., 2016. 12. 2., 2025. 1. 7.>

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 정지 중이거나 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 제13조제2항에 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
- [전문개정 2011. 4. 12.]

법규7 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제5조(요양급여의 적용기준 및 방법)

- ① 요양기관은 가입자등에 대한 요양급여를 별표 1의 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하여 실시하여야 한다.
- ② 제1항에 따른 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 정하여 고시한다. <개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2010. 12. 23., 2018. 9. 28.>
- ③ 조혈모세포이식 및 심실 보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 따로 정하여 각각 고시한다. <신설 2018. 9. 28.>
- ④ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법 시행령」(이하 “령”이라 한다) 별표 2 제3호마목에 따른 중증질환자(이하 “중증환자”라 한다)에게 처방·투여하는 약제중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 제5조의2에 따른 중증질환심의위원회의 심

의를 거쳐 건강보험심사평가원장이 정하여 공고한다. 이 경우 건강보험심사평가원장은 요양기관 및 가입자들이 해당 공고의 내용을 언제든지 열람할 수 있도록 관리하여야 한다. <신설 2005. 10. 11., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2012. 8. 31., 2018. 9. 28.>

- ⑤ 제2항부터 제4항까지의 규정에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우로서 환자나 질병의 특성을 고려하여 요양급여의 적용기준 및 방법을 달리 적용할 필요가 있다고 보건복지부장관이 인정하여 고시하는 대상의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 제5조의4에 따른 심사제도운영위원회 심의를 거쳐 건강보험심사평가원장이 정하여 공고한다. 이 경우 건강보험심사평가원장은 요양기관 및 가입자들이 해당 공고의 내용을 언제든지 열람할 수 있도록 관리해야 한다. <신설 2023. 12. 28.>
1. 고혈압, 당뇨병 등 지속적인 관리가 필요한 만성질환(慢性疾患)의 경우
 2. 감염성 또는 근골격계 질환 등 진료를 위한 의료자원의 효율적 활용이 요구되는 경우
 3. 뇌졸중, 급성심근경색증 등 초기 적극적 치료가 필요한 의료적 중대성이 인정되는 경우

법규8 국민건강보험법

제41조(요양급여)

- ① 가입자와 피보험자의 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. <신설 2016. 2. 3.>
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. <개정 2016. 2. 3.>
- 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. <개정 2016. 2. 3.>

제42조(요양기관)

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>
1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국회귀·필수의약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장

비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
 2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
- ④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.>
- ⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

법규9 국민건강보험법 시행령

제19조(비용의 본인부담)

- ① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 “본인일부부담금”이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.
- ② 본인일부부담금은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받는 사람이 요양기관에 납부한다. 이 경우 요양기관은 법 제41조제3항 및 제4항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여사한 또는 비급여사한 외에 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 된다.
- ③ 법 제44조제2항제1호에 따른 본인일부부담금의 총액은 요양급여를 받는 사람이 연간 부담하는 본인일부 부담금을 모두 더한 금액으로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 본인일부부담금은 더하지 않는다. <개정 2018. 6. 26., 2019. 4. 2., 2019. 6. 11., 2019. 10. 22., 2020. 10. 7., 2021. 6. 29., 2023. 6. 20., 2023. 11. 7., 2024. 4. 19., 2024. 8. 20.>
1. 별표 2 제1호가목1)에 따라 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우 그 입원료로 부담한 금액
- 1의2. 별표 2 제1호다목3)에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병을 주 질병·부상으로 상급종합병원에서 받은 외래진료에 대해 같은 표 제1호나목 또는 제3호나목에 따라 부담한 금액. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람이 부담한 금액은 제외한다.

가. 임신부

나. 6세 미만의 사람

다. 별표 2 제1호 나목에 따른 의약분업 예외환자

라. 별표 2 제3호카목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임진료를 받은 사람

마. 다음 법률 규정에 따라 의료자원을 받는 의료지원 대상자

- 1) 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」 제33조
- 2) 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제6조제2항
- 3) 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제41조
- 4) 「독립유공자예우에 관한 법률」 제17조
- 5) 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제50조
- 6) 「제대군인지원에 관한 법률」 제20조
- 7) 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제7조
- 8) 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제32조

2. 별표 2 제3호라목5)·6)·9) 및 10)에 따라 부담한 금액

3. 별표 2 제3호사목 및 거목에 따라 부담한 금액

4. 별표 2 제4호에 따라 부담한 금액
4의2. 별표 2 제5호의2에 따라 부담한 금액
5. 별표 2 제6호에 따라 부담한 금액
④ 법 제44조제2항 각 호 외의 부분 전단에 따른 본인부담상한액(이하 “본인부담상한액”이라 한다)은 별표 3의 산정방법에 따라 산정된 금액을 말한다. <개정 2023. 11. 7., 2024. 8. 20.>
⑤ 법 제44조제2항 각 호 외의 부분 후단에 따라 공단이 본인부담상한액을 넘는 금액을 지급하는 경우에는 당사자가 지정하는 예금계좌(「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서 및 「은행법」에 따른 은행에서 개설된 예금계좌 등 보건복지부장관이 정하는 예금계좌를 말한다)로 지급해야 한다. 다만, 해당 예금계좌로 입금할 수 없는 불가피한 사유가 있는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 방법으로 지급할 수 있다. <개정 2019. 6. 11., 2023. 11. 7., 2024. 8. 20.>
⑥ 제2항 및 제5항에서 정한 사항 외에 본인일부부담금의 납부방법이나 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
[전문개정 2017. 3. 20.]

[별표2] <개정 2024. 12. 10.> 본인일부부담금의 부담률 및 부담액 제1호 및 제3호 (제19조제1항 관련)

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100원 미만의 금액도 부담한다.
가. 입원진료(나목의 표 중 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우는 제외한다) 및 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국회귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 다음의 구분에 따라 계산한 금액
1) 요양급여비용 총액(보건복지부장관이 정하여 고시하는 식대와 장애인 치과진료에 대한 가산금액은 제외한다)의 100분의 20에 입원기간 중 식대[입원환자의 식사의 질과 서비스에 영향을 미치는 부가적 요소에 드는 비용에 해당하는 가산금액(이하 "식대가산금액"이라 한다)을 포함한다. 이하 이 호, 제2호 및 제3호각목·나목에서 같다]의 100분의 50을 더한 금액. 다만, 상급종합병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실·4인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실·4인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 50·100분의 40·100분의 30으로 하고, 종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 40·100분의 30으로 하며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 100분의 10으로 한다.
2) 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에서 입원진료를 받는 사람 중 입원치료보다는 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비·치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
상급종합병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 40/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 20/100으로 한다.

		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 약값 총액 - 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 × 30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액 × 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 20/100 + 약값 총액 × 21/100로 한다.
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)

의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
		의약분업에 외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

비고

- 위 표에서 "의약분업 예외환자"란 「약사법」 제23조제4항제3호 중 조현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자, 같은 항 제4호 중 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군감염병환자 및 같은 항 제8호·제9호에 해당하는 환자를 말한다. 다만, 제1호가목에 따라 요양급여비용 총액의 100분의 20을 적용받는 사람은 제외한다.
- 위 표에서 "약값 총액"이란 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말한다.
- 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 입원진료인 경우의 요양급여비용 총액은 의료장비를 이용한 비용의 총액으로 한정한다.
- 요양기관의 외래진료를 통하여 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)하여야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료의 경우에는 해당 치료재료 비용 및 관위(교체를 위한 직접적 행위)에 한정한다. 이하 같다) 비용을 제외한 요양급여비용 총액을 위 표의 요양급여비용 총액으로 하여 위 표에 따라 산정한 금액에 해당 치료재료 비용 및 관련 행위 비용의 100분의 20(1세 미만 영유아의 경우에는 14/100)을 더한 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 제3호마목이 적용되는 중증질환자는 제외한다.
- 보건복지부장관이 정하는 질병의 환자가 요양기관(의원으로 한정한다)에 보건복지부장관이 정하는 절차 또는 방법에 따라 외래진료를 지속적으로 받게되는 의사를 표시한 경우에는 해당 질병에 대하여 그 다음 진료부터 (진찰료 총액 × 20/100) + [(요양급여비용 총액 - 진찰료 총액) × 30/100]에 해당하는 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

- 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

다. 약국 또는 한국회귀·필수의약품센터의 경우

- 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 30(요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액). 다만, 제1호가목 중 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국회귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품 조제받는 경우를 포함한다)는 제외한다.
- 「약사법」 제23조제3항제1호에 따라 의료기관이 없는 지역에서 조제하는 경우로서 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따르지 않고 의약품 조제받은 경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액
 - 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40
 - 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 금액
- 1)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「창전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「재대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우는 제외한다]에는 다음의 금액
 - 상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 50
 - 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 40
- 제1호에도 불구하고 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따라 계산한 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액을 부담한다. 이 경우 질병군 분류번호 결정 요령, 평균 입원 일수, 입원실 이용 비용 등 해당 질병군의 본인일부부담금 산정에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
 - 다음 계산식에 따라 계산한 금액과 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추가 산정액을 합한 금액의 100분의 20

[질병군별 기준 상대가치점수 + (입원 일수 - 질병군별 평균 입원 일수) × 질병군별 일당 상대가치점수] × 제21조제1항에 따라 정해진 상대가치점수의 점수당 단가

비고

- 위 표에서 “질병군별 기준 상대가치점수”란 질병군별 평균 입원 일수만큼 입원했을 때 발생하는 입원건당 상대가치점수를 말한다.
- 위 표에서 “질병군별 일당 상대가치점수”란 입원 일수가 1일 증가함에 따라 추가되는 질병군별 상대가치점수를 말한다.
- 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원실을 이용한 경우에는 가목에 따라 계산한 금액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원료 계산식에 따라 계산한 금액을 더한 금액
- 삭제 <2021. 11. 1.>
- 가목 및 나목에도 불구하고 제1호나목에 따라 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경

- 우에는 가목 또는 나목에 따라 계산한 금액에 제1호나목 표의 구분에 따라 계산한 금액을 더한 금액
3. 제1호와 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 각 목에서 정하는 금액을 부담한다. 다만, 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한 정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우는 그 입원료에 한정하여 제1호가목1) 단서에서 정하는 금액을 부담한다.
- 가. 다음의 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 50
- 1) 자연분만 및 제왕절개분만에 대한 요양급여
 - 2) 2세 미만 영유아 및 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 2세 이상 영유아에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
 - 3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
 - 4) 「장기등 이식에 관한 법률」 제4조제2호에 따른 장기등기증자(뇌사자 또는 사망한 사람만 해당한다)의 장기등(같은 법 제4조제1호에 따른 장기등을 말한다) 적출에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
- 나. 다음의 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 요양급여비용 총액의 100분의 10에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
- 1) 삭제 <2017. 9. 29.>
 - 2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
 - 3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 고위험 임신부에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
 - 4) 삭제 <2018. 12. 24.>
- 다. 다음의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당하는 금액
- 1) 1세 이상 6세 미만인 가임자 또는 피부양자가 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과의원, 한의원 및 보건의료원에서 외래진료를 받는 경우
 - 2) 6세 미만인 가임자 또는 피부양자가 보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 외래진료를 받는 경우로서 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 제1호 나목 표에 따른 금액을 부담한다.
 - 3) 6세 미만인 가임자 또는 피부양자가 약국 또는 한국회귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우
- 라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환(이하 "희귀난치성질환등"이라 한다)을 가진 사람, 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동(이하 "희귀난치성질환자등"이라 한다) 중 해당 환자가 속한 세대(배우자를 포함한다)의 소득 및 재산을 더하여 계산한 가액(이하 "소득인정액"이라 한다)이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하이고, 희귀난치성질환자등의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자(이하 "부양의무자"라 한다)가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공단의 본인일부부담금 경감 인정 신청(이하 "경감인정신청"이라 한다)을 하여 그 경감 인정을 받은 사람 또는 희귀난치성질환자등 중 본인일부부담금의 경감이 필요하다고 보건복지부장관이 정하는 사람으로서 경감인정신청을 한 사람에 대한 요양급여의 경우에는 다음의 구분에 따라 계산한 금액, 이 경우 소득인정액 산정의 기준이 되는 세대의 범위, 소득 및 재산의 범위, 소득인정액 산정방법 등 소득인정액의 산정에 필요한 사항 및 부양의무자가 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우의 구체적인 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- 1) 희귀난치성질환등을 가진 사람인 경우에는 입원기간 중 식대(식대가산금액은 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 100분의 20

- 2) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동인 경우에는 다음 표에 해당하는 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 20을 더한 금액. 다만, 가목에 해당하거나 6세 미만 아동의 입원진료 또는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환으로 요양급여를 받는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20만을 부담한다.

기관 종류	구분	본인일부부담금
상급종합병원	외래진료 및 입원진료	요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3 라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5
종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정	「의료급여법 시행령」 별표 1 제2호가목2)가)에 따른 만성질환자에 해당하는 사람이 그 만	「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품의 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙
		1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음

신병원	성질환에 대하여 외래진료를 받거나 해당 만성질환자가 나목2)(치매를 제외한다) 또는 마목에 따른 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우	제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	
		그 밖의 외래진료	1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음
	그 밖의 외래진료 및 입원진료		요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3 라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5
의원,	외래진료	「약사법」 제23조제4항	1,500원. 다만, 1세 미만 영유

치과의원, 한의원, 보건의료원		에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음
		그 밖의 외래진료	1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음
	입원진료		요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목 또는 차목(입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3
보건소, 보건지소, 보건진료소	외래진료 및 입원진료		없음
약국,	「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전		900원

	에 따르지 않고 직접 조제한 경우	
한국회귀·필수의약품센터	보건소, 보건지소 및 보건진료소를 제외한 요양기관에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우	500원
	보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우	없음

비고

- 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하거나 법 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하고 처방전을 함께 발급하는 경우에는 1,000원을 부담한다.
- 외래진료로서 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장비를 이용한 진료에 대해서는 그 의료장비를 이용한 비용 총액의 100분의 14[나목2](치매는 제외한다)에 따른 환자의 경우에는 100분의 10, 나목2)(치매만 해당한다), 마목, 하목 또는 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다)에 따른 환자 및 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 100분의 5]를 부담한다.
- 제21조제3항제2호에 따른 질병군에 대한 입원 진료의 경우 본인일부부담금은 제2호가목, 나목 또는 라목에 따라 계산한 금액에 위 표의 해당 기관 종류별 입원진료에 해당하는 본인부담률을 곱한 금액으로 한다.
- 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 해당 입원료의 100분의 5를 부담한다.
- 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

- 회귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여 비용 총액의 100분의 5
- 회귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 15
- 회귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
- 회귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20
- 2)에도 불구하고 회귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동이 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품은 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품은 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「장전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「재대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품은 조제받은 경우는 제외한다]에는 요양급여비용 총액의 100분의 3. 다만, 본인일부부담금이 500원 미만인 되는 경우에는 500원을 본인일부부담금으로 한다.
- 삭제 <2024. 12. 10.>

- 회귀난치성질환등을 가진 사람이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 30. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.
- 회귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 40. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

- 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환자에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
- 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 그 요양급여비용 총액의 100분의 30
- 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
- 삭제 <2024. 12. 10.>
- 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여[가목2) 및 라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다]를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
- 18세 이하 아동의 치아홈메우기 외래진료 또는 16세 이상 18세 이하 아동의 치아홈메우기 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
- 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임진료(인공수정 및 체외수정시술을 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
- 다음의 경우에는 본인일부부담금은 없는 것으로 한다.
 - 제25조제3항제1호에 따른 일반건강검진 결과에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환이나 질병에 대하여 추가적인 진료 또는 검사의 필요성이 인정되는 사람이 그 질환이나 질병에 대하여 일반건강검진을 받은 날이 속하는 연도의 다음 연도 1월 31일까지 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여(의원 및 병원만 해당하되, 결핵에 대한 진료 또는 검사의 경우에는 종합병원 및 상급종합병원도 해당한다)를 받는 경우
 - 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우
 - 요양급여를 의뢰받은 요양기관이 환자의 상태가 호전됨에 따라 요양급여를 의뢰한 요양기관 등으로 환자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 환자가 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우
- 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대해 정신건강의학과 외래진료를 받은 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 다음 표에 따라 계산한 금액에 제1호나목에 따라 계산한 금액(다음 표에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용을 계산한 금액은 제외한다)을 더한 금액. 다만, 6세 미만의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률(제1호나목 및 다음 표에 따른 부담률을 말한다)의 100분의 70에 해당하는 금액으로 하고, 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액으로 한다.

기관 종류	본인일부부담금
상급종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 40/100

종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 30/100
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 20/100
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 10/100

하. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 조산아(早産兒)와 자체중 출생아의 외래진료(출생일부터 5년이 되는 날까지의 외래진료를 말한다)에 대한 요양급여로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5

1) 삭제 <2019. 10. 22.>

2) 삭제 <2019. 10. 22.>

3) 삭제 <2019. 10. 22.>

거. 가목1)·2)·3), 나목, 다목1), 마목, 자목 및 하목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 50. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

너. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경증질환자가 상급종합병원에서 외래진료를 받는 경우에는 요양급여비용 총액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담률을 곱한 금액

더. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자가 의원에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 외래진료를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 20(1세 이상 6세 미만의 아동은 해당 요양급여비용의 100분의 14). 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 사람이 외래진료를 받는 경우에는 제외한다.

1) 임신부

2) 1세 미만의 영유아

3) 65세 이상인 사람(해당 요양급여비용이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액 이하인 경우로 한정한다)

4) 희귀난치성질환등을 가진 사람

5) 소득인정액이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하인 사람으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건에 해당하는 사람

러. 나목, 다목, 라목2), 너목 및 더목에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 감염병의 발생·유행 상황을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감염병환자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 요양급여를 받는 경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액

1) 해당 요양급여비용 총액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담률을 곱한 금액

2) 1)에도 불구하고 소득인정액이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하에 해당하는 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건에 해당하는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액

4. 제1호부터 제3호까지의 규정에도 불구하고 법 제41조의4 및 이 영 제18조의4에 따른 선별급여 항목의 경우에는 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 부담한다.

5. 제1호 및 제3호에도 불구하고 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원 및 같은 호 마목에 따른 정신병원 외의 요양기관에서 입원진료를 받는 경우로서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반 입원실에 16일 이상 연속하여 입원하는 환자의 경우에는 요양급여비용 총액 중 입원료에 한정하여 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 다만, 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우 및 질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

구분	본인일부부담금

	입원일수 16일 이상 30일 이하	입원일수 31일 이상
가. 상급종합병원의 5인실 이상, 요양기관의 4인실 이상	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 25/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 30/100
나. 상급종합병원의 4인실, 종합병원·병원·한방병원의 3인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 35/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 40/100
다. 상급종합병원의 3인실, 종합병원·병원·한방병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 45/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 50/100
라. 상급종합병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 55/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 60/100

5의2. 제1호, 제3호(너목은 제외한다) 및 제4호에도 불구하고 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 사람은 그 초과 외래진료에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 90을 부담한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그렇지 않다.

가. 「아동복지법」에 따른 아동

나. 「모자보건법」에 따른 임신부

다. 다음의 사람 중에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사람

1) 「장애인복지법」 제2조제2항에 따른 장애인

2) 희귀난치성질환등을 가진 사람

3) 제3호마목에 따른 중증질환자

4) 그 밖에 1)부터 3)까지의 규정에 준하는 사람으로서 불가피하게 연간 365회를 초과하는 외래진료가 필요한 사람

6. 제1호부터 제5호까지의 규정에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 항목의 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부령으로 정하는 금액을 부담한다.

가. 법 제53조제3항에 따라 급여가 제한되는 경우

나. 법 제54조제3호 및 제4호에 따라 급여가 정지되는 경우

다. 법 제109조제10항에 따라 공단이 보험급여를 하지 않는 경우

라. 「학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학교폭력 중 학생 간의 폭행에 의한 경우

마. 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되는 경우

바. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우

[별표3] <개정 2024. 8. 20.>본인부담상한액의 산정방법(제19조제4항 관련)

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 “상한액기준보험료”라 한다)을 구간으로 구분하여 다음 각 목의 구분에 따른 금액으로 한다.

가. 2024년 본인부담상한액: 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120일 초과 입원	그 밖의 경우
지역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1구간	138만원	87만원
	2구간	174만원	108만원
	3구간	235만원	167만원

	4구간	388만원	313만원
	5구간	557만원	428만원
	6구간	669만원	514만원
	7구간	1,050만원	808만원

비고: 위 표에서 “120일 초과 입원”이란 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120일을 초과하는 경우를 말한다.

나. 2025년 이후 본인부담상한액: 다음 계산식에 따른 금액

해당 연도 본인부담상한액 = 전년도 본인부담상한액 × (1 + 전국소비자물가변동률)

비고

1. 위 계산식에서 “본인부담상한액”이란 상한액기준보험료 구간별 금액을 말한다.
 2. 위 계산식에서 “전국소비자물가변동률”이란 「통계법」에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 말하며, 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5로 한다.
 3. 위 계산식에 따라 산정한 금액 중 1만원 미만의 금액은 버린다.
2. 제1호의 상한액기준보험료 구간은 다음 표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

		지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
직장가입자 및 피부양자	1구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

비고: 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액 하한 금액 이하인 지역가입자는 위 표에도 불구하고 1구간에 해당하는 것으로 본다.

법규10 금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의) 제9호

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가
나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
다. 대통령령으로 정하는 금융회사
라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다)는 의사를 금융상품판매자들에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

제19조(설명의무)

- 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.
 - 다음 각 목의 구분에 따른 사항
 - 보장성 상품
 - 보장성 상품의 내용
 - 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
 - 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
 - 위험보장의 범위
 - 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
 - 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 "연계·제휴서비스등"이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항
 - 연계·제휴서비스등의 내용
 - 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항
 - 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
 - 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항
 - 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항
- 금융상품판매업자들은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.
- 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 빼뜨려서는 아니 된다.
- 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.
[시행일:2021. 9. 25.] 제19조 중 금융상품자문업자 관련 부분

제23조(계약서류의 제공의무)

- 금융상품직접판매업자 및 금융상품자문업자는 금융소비자와 금융상품 또는 금융상품자문에 관한 계약을 체결하는 경우 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 계약서류를 금융소비자에게 지체 없이 제공하여야 한다. 다만, 계약내용 등이 금융소비자 보호를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 계약서류를 제공하지 아니할 수 있다.
- 제1항에 따른 계약서류의 제공 사실 또는 계약체결 사실 및 그 시기에 관하여 금융소비자와 다툼이 있는 경우에는 금융상품직접판매업자 및 금융상품자문업자가 이를 증명하여야 한다.
<개정 2023. 7. 11.>

- 제1항에 따른 계약서류 제공의 방법 및 절차는 대통령령으로 정한다.

제28조(자료의 기록 및 유지·관리 등)

- 금융상품판매업자들은 금융상품판매업등의 업무와 관련한 자료로서 대통령령으로 정하는 자료를 기록하여야 하며, 자료의 종류별로 대통령령으로 정하는 기간 동안 유지·관리하여야 한다.
- 금융상품판매업자들은 제1항에 따라 기록 및 유지·관리하여야 하는 자료가 멸실 또는 위조되거나 변조되지 아니하도록 적절한 대책을 수립·시행하여야 한다.
- 금융소비자는 제36조에 따른 분쟁조정 또는 소송의 수행 등 권리구제를 위한 목적으로 제1항에 따라 금융상품판매업자들이 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)을 요구할 수 있다.
- 금융상품판매업자들은 제3항에 따른 열람을 요구받았을 때에는 해당 자료의 유형에 따라 요구받은 날부터 10일 이내의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 금융소비자가 해당 자료를 열람할 수 있도록 하여야 한다. 이 경우 해당 기간 내에 열람할 수 없는 정당한 사유가 있을 때에는 금융소비자에게 그 사유를 알리고 열람을 연기할 수 있으며, 그 사유가 소멸하면 지체 없이 열람하게 하여야 한다.
- 금융상품판매업자들은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 금융소비자에게 그 사유를 알리고 열람을 제한하거나 거절할 수 있다.
 - 법령에 따라 열람을 제한하거나 거절할 수 있는 경우
 - 다른 사람의 생명·신체를 해칠 우려가 있거나 다른 사람의 재산과 그 밖의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있는 경우
 - 그 밖에 열람으로 인하여 해당 금융회사의 영업비밀(「부정경쟁방지 및 영업비밀보호에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 영업비밀을 말한다)이 현저히 침해되는 등 열람하기 부적절한 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- 금융상품판매업자들은 금융소비자가 열람을 요구하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수수료와 우송료(사본의 우송을 청구하는 경우만 해당한다)를 청구할 수 있다.
- 제3항 및 제4항에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 물린 것은 무효로 한다.
<신설 2023. 7. 11.>
- 제3항부터 제5항까지의 규정에 따른 열람의 요구·제한, 통지 등의 방법 및 절차에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2023. 7. 11.>

제36조(분쟁의 조정)

- 조정대상기관, 금융소비자 및 그 밖의 이해관계인은 금융과 관련하여 분쟁이 있을 때에는 금융감독원장에게 분쟁조정을 신청할 수 있다.
- 금융감독원장은 제1항에 따른 분쟁조정 신청을 받았을 때에는 관계 당사자에게 그 내용을 통지하고 합의를 권고할 수 있다. 다만, 분쟁조정 신청내용이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 합의를 권고하지 아니하거나 제4항에 따른 조정위원회에 회부를 하지 아니할 수 있다.
 - 신청한 내용이 분쟁조정대상으로서 적합하지 아니하다고 금융감독원장이 인정하는 경우
 - 신청한 내용이 관련 법령 또는 객관적인 증명자료 등에 따라 합의권고절차 또는 조정절차를 진행할 실익이 없는 경우
 - 그 밖에 제1호나 제2호에 준하는 사유로서 대통령령으로 정하는 경우
- 금융감독원장은 제2항 각 호 외의 부분 단서에 따라 합의권고를 하지 아니하거나 조정위원회에 회부하지 아니할 때에는 그 사실을 관계 당사자에게 서면으로 통지하여야 한다.
- 금융감독원장은 분쟁조정 신청을 받은 날부터 30일 이내에 제2항 각 호 외의 부분 본문에 따른 합의가 이루어지지 아니할 때에는 지체 없이 조정위원회에 회부하여야 한다.
- 조정위원회는 제4항에 따라 조정을 회부받았을 때에는 이를 심의하여 조정안을 60일 이내에 작성하여야 한다.
- 금융감독원장은 조정위원회가 조정안을 작성하였을 때에는 신청인과 관계 당사자에게 제시하고 수락을

권고할 수 있다.

- ⑦ 신청인과 관계 당사자가 제6항에 따라 조정안을 제시받은 날부터 20일 이내에 조정안을 수락하지 아니한 경우에는 조정안을 수락하지 아니한 것으로 본다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 "소액분쟁사건"이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비가 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 청약의 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.
1. 보장성 상품: 일반금융소비가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약의 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
 - ② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.
 1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 "서면등"이라 한다)을 발송한 때
 - 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
 - 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, 일반금융소비가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.
 - ⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.
 - ⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[시행일:2021. 9. 25.] 제46조 중 금융상품자문업자 관련 부분

제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비는 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 금융소비는 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 관

련된 비용을 요구할 수 없다.

- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[시행일:2021. 9. 25.] 제47조 중 금융상품자문업자 관련 부분

법규11 금융소비자 보호에 관한 감독규정

제2조(정의) 제6항 및 제8항

- ⑥ 영 제2조제10항제1호아목에서 “금융위원회가 정하여 고시하는 자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.
1. 법인·조합·단체
 2. 「금융위원회의 설치등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 “금융감독원”이라 한다)
 3. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
 4. 「농업협동조합법」, 「산림조합법」, 「새마을금고법」, 「수산업협동조합법」에 따른 중앙회
 5. 「대부업 등의 등록 및 금융이용자 보호에 관한 법률」에 따른 대부업자
 6. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
 7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 거래소
 8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구(이하 “집합투자기구”라 한다)
 9. 지방자치단체
 10. 법 제2조제9호라목에 따른 주관상장법인
 11. 법 제22조제1항제1호부터 제6호까지의 자
 12. 주권을 외국 증권시장에 상장한 법인
 13. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
 - 가. 외국 정부
 - 나. 국제기구
 - 다. 외국 중앙은행
 - 라. 법 제2조제9호다목
 - 마. 영 제2조제10항제3호가목부터 마목까지에 해당하는 자
 - 바. 제2호부터 제12호까지에 해당하는 자
- ⑧ 영 제2조제10항제2호바목·같은 항 제3호바목 및 제4호바목에서 “금융위원회가 정하여 고시하는 자”란 제6항제2호부터 제13호 중 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 「조세특례제한법」 제91조의18제1항에 따른 개인종합자산관리계좌에 가입한 거주자인 외국인(같은 조 제3항제2호에 따라 신탁업자와 특정 금전신탁계약을 체결하는 경우 및 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령」 제98조제1항제4호의2 및 같은 조 제2항에 따라 투자일임업자와 투자일임계약을 체결하는 경우로 한정한다)은 제외한다.

제12조(설명의무) 제1항 및 제6항

- ① 영 제13조제1항제5호에서 “금융위원회가 정하여 고시하는 사항”이란 별표 3 제1호 각 목의 사항을 말한다.
- ⑥ 영 제13조제8항제3호에서 “금융위원회가 정하여 고시하는 사항”이란 연계·제휴서비스등(금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등을 말한다. 이하 같다)을 받을 수 있는 조건을 말한다.

법규12 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령

제2조(정의)

- ⑦ 법 제2조제9호 각 목 외의 부분 단서에서 “대통령령으로 정하는 자”란 다음 각 호의 구분에 따른 자를 말한다.
3. 법 제3조제4호에 따른 보장성 상품(이하 “보장성 상품”이라 한다)의 경우: 다음 각 목에 해당하는 자
- 가. 제2호가목·나목·바목 또는 사목에 해당하는 자
- 나. 다음에 해당하는 외국법인
- 1) 금융회사
- 2) 제6항제3호부터 제6호까지에 규정된 자
- 3) 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
- 다. 「보험업법 시행령」 제6조의2제3항제18호에 해당하는 자
- ⑧ 법 제2조제9호다목에서 “대통령령으로 정하는 금융회사”란 모든 금융회사를 말한다.
- ⑨ 법 제2조제9호라목에서 “대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등”이란 “자본시장과 금융투자업에 관한 법률”에 따른 장외파생상품(이하 “장외파생상품”이라 한다)에 대한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약을 받는 것을 말한다.
- ⑩ 법 제2조제9호마목에서 “대통령령으로 정하는 자”란 다음 각 호의 구분에 따른 자를 말한다.
4. 보장성 상품의 경우: 다음 각 목에 해당하는 자
- 가. 「보험업법」에 따른 보험요율 산출기관
- 나. 「보험업법」에 따른 보험 관계 단체
- 다. 「보험업법 시행령」 제6조의2제3항제18호에 해당하는 자
- 라. 보장성 상품을 취급하는 금융상품판매대리·중개업자
- 마. 제1호가목부터 바목까지에 해당하는 자
- 바. 그 밖에 가목부터 마목까지의 자에 준하는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

제13조(설명의무)

- ① 법 제19조제1항제1호가목5)에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 위험보장 기간
2. 계약의 해지·해제
3. 보험료의 감액 청구
4. 보험금 또는 해약환급금의 손실 발생 가능성
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ⑦ 법 제19조제1항제2호다목에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 연계·제휴서비스등(금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등을 말한다. 이하 같다)의 제공기간
2. 연계·제휴서비스등의 변경·종료에 대한 사전통지
- ⑧ 법 제19조제1항제4호에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 민원처리 및 분쟁조정 절차
2. 「예금자보호법」 등 다른 법률에 따른 보호 여부(대출성 상품은 제외한다)
3. 그 밖에 일반금융소비자의 의사결정 지원 또는 권익보호를 위해 필요한 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ⑩ 법 제19조제3항에서 “대통령령으로 정하는 사항” 및 “대통령령으로 정하는 중요한 사항”이란 각각 같은 조 제1항 각 호의 구분에 따른 사항을 말한다. <개정 2022. 12. 8.>

제22조(계약서류의 제공) 제3항

법 제23조제1항 본문에 따라 금융상품직접판매업자 및 금융상품자문업자가 계약서류를 제공하는 때에는 다음 각 호의 방법으로 제공한다. 다만, 금융소비자가 다음 각 호의 방법 중 특정 방법으로 제공해 줄 것을 요청하는 경우에는 그 방법으로 제공해야 한다.

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

법규13 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제15조(보건진료소의 설치·운영)

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장·구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
- ② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
- ③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.
- [전문개정 2012. 10. 22.]

법규14 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법

제7조(관련 행정기관의 통보사항)

- ② 허가관청은 다중이용업주가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때에는 그 신고를 수리(受理)한 날부터 30일 이내에 소방본부장 또는 소방서장에게 통보하여야 한다. <개정 2015. 1. 20.>
1. 휴업·폐업 또는 휴업 후 영업의 재개(再開)
 2. 영업 내용의 변경
 3. 다중이용업주의 변경 또는 다중이용업주 주소의 변경
 4. 다중이용업소 상호 또는 주소의 변경
- [전문개정 2011. 5. 30.]

법규15 도로교통법

제2조(정의) 제19호, 제19의2호

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 1. 28., 2014. 11. 19., 2017. 3. 21., 2017. 7. 26., 2017. 10. 24., 2018. 3. 27., 2020. 5. 26., 2020. 6. 9., 2020. 12. 22., 2021. 10. 19., 2022. 1. 11., 2023. 4. 18., 2023. 10. 24.>

19. “원동기장치자전거”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.

가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125cc 이상(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차

나. 그 밖에 배기량 125cc 이상(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇은 제외한다)

19의2. “개인형 이동장치”란 제19호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.

제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리)

- ① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설이나 장소의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등과 노면전차의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 1. 28., 2014. 11. 19., 2015. 7. 24., 2017. 7. 26., 2018. 3. 27., 2021. 10. 19., 2023. 4. 18.>
 1. 「유아교육법」 제2조에 따른 유치원, 「초·중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교
 2. 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 행정안전부령으로 정하는 어린이집
 3. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정안전부령으로 정하는 학원
 4. 「초·중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대학교, 「대한교육기관에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 대안교육기관, 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및 「경제자유구역 및 제주국제자유도시의 외국교육기관 설립·운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원·초등학교 교과과정이 있는 학교
 5. 그 밖에 어린이가 자주 왕래하는 곳으로서 조례로 정하는 시설 또는 장소
- ② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정·해제 절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2023. 4. 18.>
 - ③ 차마 또는 노면전차의 운전자는 어린이 보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>
 - ④ 시·도경찰청장, 경찰서장 또는 시장등은 제3항을 위반하는 행위 등의 단속을 위하여 어린이 보호구역의 도로 중에서 행정안전부령으로 정하는 곳에 우선적으로 제4조의2에 따른 무인 교통단속용 장비를 설치하여야 한다. <신설 2019. 12. 24., 2020. 12. 22.>
 - ⑤ 시장등은 제1항에 따라 지정한 어린이 보호구역에 어린이의 안전을 위하여 다음 각 호에 따른 시설 또는 장비를 우선적으로 설치하거나 관할 도로관리청에 해당 시설 또는 장비의 설치를 요청하여야 한다. <신설 2019. 12. 24., 2023. 4. 18., 2024. 1. 30.>
 1. 어린이 보호구역으로 지정한 시설의 주 출입로와 가장 가까운 거리에 있는 간선도로상 횡단보도의 신호기
 2. 속도 제한, 횡단보도, 기점(起點) 및 종점(終點)에 관한 안전표지
 3. 「도로법」 제2조제2호에 따른 도로의 부속물 중 과속방지시설 및 차마의 미끄럼을 방지하기 위한 시설
 - 3의2. 방호울타리
 4. 그 밖에 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정하는 시설 또는 장비

[전문개정 2011. 6. 8.]
[제목개정 2023. 4. 18.]

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다. <개정 2020. 6. 9., 2020. 12. 22., 2021. 1. 12.>

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건

설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제50조의3, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2018. 3. 27., 2023. 10. 24.>

- 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. <개정 2014. 12. 30., 2018. 3. 27.>
 - 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. <개정 2018. 12. 24.>
 - 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. <신설 2024. 12. 3.>
 - ⑥ 제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다. <신설 2023. 1. 3.>
- [전문개정 2011. 6. 8.]

제54조(사고발생 시의 조치)

- ① 차 또는 노면전차의 운전 등 교통으로 인하여 사람을 사상하거나 물건을 손괴(이하 "교통사고"라 한다)한 경우에는 그 차 또는 노면전차의 운전자나 그 밖의 승무원(이하 "운전자등"이라 한다)은 즉시 정차하여 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. <개정 2014. 1. 28., 2016. 12. 2., 2018. 3. 27.>
 1. 사상자를 구호하는 등 필요한 조치
 2. 피해자에게 인적 사항(성명·전화번호·주소 등을 말한다. 이하 제148조 및 제156조제10호에서 같다) 제공
 - ② 제1항의 경우 그 차 또는 노면전차의 운전자등은 경찰공무원이 현장에 있을 때에는 그 경찰공무원에게, 경찰공무원이 현장에 없을 때에는 가장 가까운 국가경찰관서(지구대, 파출소 및 출장소를 포함한다. 이하 같다)에 다음 각 호의 사항을 지체 없이 신고하여야 한다. 다만, 차 또는 노면전차만 손괴된 것이 분명하고 도로에서의 위험방지와 원활한 소통을 위하여 필요한 조치를 한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016. 12. 2., 2018. 3. 27.>
 1. 사고가 일어난 곳
 2. 사상자 수 및 부상 정도
 3. 손괴한 물건 및 손괴 정도
 4. 그 밖의 조치사항 등
 - ③ 제2항에 따라 신고를 받은 국가경찰관서의 경찰공무원은 부상자의 구호와 그 밖의 교통위험 방지를 위하여 필요하다고 인정하면 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)이 현장에 도착할 때까지 신고한 운전자등에게 현장에서 대기할 것을 명할 수 있다.
 - ④ 경찰공무원은 교통사고를 낸 차 또는 노면전차의 운전자등에 대하여 그 현장에서 부상자의 구호와 교통 안전을 위하여 필요한 지시를 명할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>
 - ⑤ 긴급자동차, 부상자를 운반 중인 차, 우편물자동차 및 노면전차 등의 운전자는 긴급한 경우에는 동승자등으로 하여금 제1항에 따른 조치나 제2항에 따른 신고를 하게 하고 운전을 계속할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>
 - ⑥ 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)은 교통사고가 발생한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 조사를 하여야 한다.
- [전문개정 2011. 6. 8.]

법규 16 도로법

제10조(도로의 종류와 등급)

도로의 종류는 다음 각 호와 같고, 그 등급은 다음 각 호에 열거한 순서와 같다.

1. 고속국도(고속국도의 지선 포함)
2. 일반국도(일반국도의 지선 포함)
3. 특별시도(特別市道)·광역시도(廣域市道)
4. 지방도
5. 시도
6. 군도
7. 구도

제11조(고속국도의 지정·고시)

국토교통부장관은 도로교통망의 중요한 축(軸)을 이루며 주요 도시를 연결하는 도로로서 자동차(「자동차관리법」 제2조제1호에 따른 자동차 및 같은 조 제1호의3에 따른 자율주행자동차와 「건설기계관리법」 제2조제1항제1호에 따른 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것을 말한다. 이하 제47조, 제113조 및 제115조제1호에서 같다) 전용의 고속교통에 사용되는 도로 노선을 정하여 고속국도를 지정·고시한다.

<개정 2023. 8. 16.>

제13조(고속국도 또는 일반국도의 지선)

- ① 국토교통부장관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 도로를 고속국도 또는 일반국도의 지선(이하 "지선"이라 한다)으로 지정·고시할 수 있다.
 1. 고속국도 또는 일반국도와 인근의 도시·항만·공항·산업단지·물류시설 등을 연결하는 도로
 2. 고속국도 또는 일반국도의 기능을 보완하기 위하여 해당 고속국도 또는 일반국도를 우회하거나 고속국도 또는 일반국도를 서로 연결하는 도로
- ② 제1항에서 정한 것 외에 지선의 지정 기준에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- ③ 지선은 연결되는 주된 도로의 종류에 따라 각각 고속국도 또는 일반국도로 분다. 이 경우 지선이 연결되는 주된 도로의 범위는 국토교통부장관이 정한다.

제52조(도로와 다른 시설의 연결)

- ① 도로관리청이 아닌 자는 고속국도, 자동차전용도로, 그 밖에 대통령령으로 정하는 도로에 다른 도로나 통로, 그 밖의 시설을 연결시키려는 경우에는 미리 도로관리청의 허가를 받아야 하며, 허가받은 사항을 변경하려는 경우에도 또한 같다. 이 경우 고속국도나 자동차전용도로에는 도로, 「국토의 계획 및 이용에 관한 법률」 제60조제1항 각 호에 따른 개발행위로 설치하는 시설 또는 해당 시설을 연결하는 통로 외에는 연결시키지 못한다.
- ② 제1항에 따라 도로에 다른 도로, 통로나 그 밖의 시설을 연결시키려는 자는 도로에 연결시키려는 해당 시설을 소유하거나 임대하는 등의 방법으로 해당 시설을 사용할 수 있는 권원을 확보하여야 한다.
- ③ 제1항에 따른 허가(이하 "연결허가"라 한다)의 기준·절차 등 필요한 사항은 고속국도 및 일반국도(제23조제2항에 따라 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 도로관리청이 되는 일반국도는 제외한다)에 관하여는 국토교통부령으로 정하고, 그 밖의 도로에 관하여는 해당 도로관리청이 속해 있는 지방자치단체의 조례로 정한다.
- ④ 도로관리청은 연결허가를 할 때 도로와 다른 도로, 통로나 그 밖의 시설을 연결하면 대량의 교통수요가 발생할 우려가 있거나 교통체계상 다른 시설의 설치가 필요하다고 인정하는 경우에는 그 연결허가를 받는 자에게 원활한 교통 소통을 위한 시설의 설치·관리 등 필요한 조치를 하도록 할 수 있다.
- ⑤ 연결허가를 받아 도로에 연결하는 시설에 대하여는 제61조에 따른 도로점용허가를 받은 것으로 본다.

법규 17 모자보건법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015. 12. 22., 2019. 4. 23.>

1. "임산부"란 임신 중이거나 분만 후 6개월 미만인 여성을 말한다.
2. "모성"이란 임신부와 가임기(可妊期) 여성을 말한다.
3. "영유아"란 출생 후 6년 미만인 사람을 말한다.
4. "신생아"란 출생 후 28일 이내의 영유아를 말한다.
5. "미숙아(未熟兒)"란 신체의 발육이 미숙한 채로 출생한 영유아로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 영유아를 말한다.
6. "선천성이상아(先天性異常兒)"란 선천성 기형(奇形) 또는 ㄱ 변형(變形)이 있거나 염색체에 이상이 있는 영유아로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 영유아를 말한다.
7. "인공임신중절수술"이란 태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술을 말한다.
8. "모자보건사업"이란 모성과 영유아에게 전문적인 보건의료서비스 및 그와 관련된 정보를 제공하고, 모성의 생식건강(生殖健康) 관리와 임신·출산·양육 지원을 통하여 이들이 신체적·정신적·사회적으로 건강을 유지하게 하는 사업을 말한다.
9. 삭제 <2017. 12. 12.>
10. "산후조리업(産後調理業)"이란 산후조리 및 요양 등에 필요한 인력과 시설을 갖춘 곳(이하 "산후조리원"이라 한다)에서 분만 직후의 임신부나 출생 직후의 영유아에게 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 업(業)을 말한다.
11. "난임(難妊)"이란 부부(사실상의 혼인관계에 있는 경우를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 피임을 하지 아니한 상태에서 부부간 정상적인 성생활을 하고 있음에도 불구하고 1년이 지나도 임신이 되지 아니하는 상태를 말한다.
12. "보조생식술"이란 임신을 목적으로 자연적인 생식과정에 인위적으로 개입하는 의료행위로서 인간의 정자와 난자의 채취 등 보건복지부령으로 정하는 시술을 말한다.

[전문개정 2009. 1. 7.]

제14조(인공임신중절수술의 허용한계)

- ① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.
 1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
 2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
 3. 강간 또는 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우
 4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우
 5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우
- ② 제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.
- ③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

[전문개정 2009.1.7.]

법규 18 모자보건법 시행령

제15조(인공임신중절수술의 허용한계)

- ① 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다.
 - ② 법 제14조제1항제1호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체 질환은 연골무형성증, 낭성성유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환으로 한다.
 - ③ 법 제14조제1항제2호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 특소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.
- [전문개정 2009.7.7.]

법규19 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. <개정 1984.4.10.>

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.

제755조(감독자의 책임)

- ① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
 - ② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.
- [전문개정 2011.3.7.]

제77조(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

[전문개정 1990.1.13.]

법규20 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. <개정 2014. 12. 30.>
- 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 방어방법과 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.

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. <개정 2014. 12. 30.>
- 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. <개정

2014. 12. 30.>
- 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.

법규21 상법

제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)

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. <개정 1991.12.31.>

제651조의2(서면에 의한 설문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.
[본조신설 1991.12.31.]

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. <신설 1991.12.31.>

제682조(제3자에 대한 보험대위)

- ① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.
- ② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

법규22 상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

법-22 (무)현대해상두배받는암보험(Hi2607) 3종

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

[본조신설 2018. 10. 30.]

법규23 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. <개정 2016.3.29.>

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록된 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 요청받을 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

법규24 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. <개정 2015. 3. 11., 2018. 12. 11., 2020. 6. 9.>
1. 서면

2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
- ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>
- 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. <개정 2020. 2. 4.>
- 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. <신설 2015. 3. 11.>
- ⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <신설 2015. 3. 11.>
- ⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>
 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 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
 9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

- 9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
- 9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결함 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. <개정 2011. 5. 19., 2015. 3. 11.>
- ⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015. 3. 11.>
- ⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>
- ⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>
- ⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

제33조(개인신용정보의 이용)

- ① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.
 1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
 2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
 3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
4. 제32조제6항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- 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.

[전문개정 2020. 2. 4.]

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 대

통령령으로 정하는 사항

2. 개인신용정보를 제공한 경우: 제공 주체, 제공받은 자, 제공 목적, 제공한 날짜, 제공한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

② 신용정보회사들은 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 신용정보회사들은 신용정보주체에게 제2항에 따른 통지를 요청할 수 있음을 알려주어야 한다.

[전문개정 2015. 3. 11.]

제36조(상거래 거절 근거 신용정보의 고지 등)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관으로부터 제공받은 개인신용정보로서 대통령령으로 정하는 정보에 근거하여 상대방과의 상거래관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 해당 신용정보주체의 요구가 있으면 그 거절 또는 중지의 근거가 된 정보 등 대통령령으로 정하는 사항을 본인에게 고지하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

② 신용정보주체는 제1항에 따라 고지받은 본인정보의 내용에 이의가 있으면 제1항에 따른 고지를 받은 날부터 60일 이내에 해당 신용정보를 수집·제공한 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관에게 그 신용정보의 정확성을 확인하도록 요청할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

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 철회하러면 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

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, 행사방법 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.

[제목개정 2020. 2. 4.]

제38조(신용정보의 열람 및 정정청구 등)

① 신용정보주체는 신용정보회사들에 본인의 신분을 나타내는 증표를 내보이거나 전화, 인터넷 홈페이지의 이용 등 대통령령으로 정하는 방법으로 본인임을 확인받아 신용정보회사들이 가지고 있는 신용정보주체 본인에 관한 신용정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보의 교부 또는 열람을 청구할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

② 제1항에 따라 자신의 신용정보를 열람한 신용정보주체는 본인 신용정보가 사실과 다른 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 정정을 청구할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

③ 제2항에 따라 정정청구를 받은 신용정보회사들은 정정청구에 정당한 사유가 있다고 인정하면 지체 없이 해당 신용정보의 제공·이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 사실과 다르거나 확인할 수 없는 신용정보는 삭제하거나 정정하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

④ 제3항에 따라 신용정보를 삭제하거나 정정한 신용정보회사들은 해당 신용정보를 최근 6개월 이내에 제공받은 자와 해당 신용정보주체가 요구하는 자에게 해당 신용정보에서 삭제하거나 정정한 내용을 알려야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

⑤ 신용정보회사들은 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. <개정 2020. 2. 4.>

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 신용정보회사들에 대하여 시정을 명하거나 그 밖에 필요한 조치를 할 수 있다. 다만, 필요한 경우 보호위원회는 해당 업무를 직접 수행할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

⑦ 제6항에 따라 조사를 하는 자는 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 내보여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

⑧ 신용정보회사들이 제6항에 따른 금융위원회 또는 보호위원회의 시정명령에 따라 시정조치를 한 경우에는 그 결과를 금융위원회 또는 보호위원회에 보고하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

제39조(무료 열람권)

개인인 신용정보주체는 1년 이내로서 대통령령으로 정하는 일정한 기간마다 개인신용평가회사(대통령령으로 정하는 개인신용평가회사는 제외한다)에 대하여 다음 각 호의 신용정보를 1회 이상 무료로 교부받거나 열람할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

1. 개인신용평점
2. 개인신용평점의 산출에 이용된 개인신용정보
3. 그 밖에 제1호 및 제2호에서 정한 정보와 유사한 정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보

법규25 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 삭제 <2015.9.11.>

② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다. <개정 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.>

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

- ③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다. <개정 2015.9.11.>
- ④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동意的 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다. <신설 2015.9.11.>
- ⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용해야 한다. <개정 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.>
1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
 2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
 - 가. 신용정보제공·이용자
 - 나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
 - 다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
 3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수
- ⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다. <개정 2020. 8. 4.>
1. 개인신용정보를 제공하는 자
 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
 3. 제공받는 개인신용정보의 항목
 4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동意的 효력기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검해야 한다. <개정 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.>
- ⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다. <신설 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.>
1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
 2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
 3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부
- ⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동意的 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 해야 한다. <신설 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.>
- ⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다.

- <개정 2011. 8. 17., 2015. 9. 11., 2017. 1. 10., 2020. 8. 4.>
1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
 2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조사회회사로부터 제공받기 위한 목적
 3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조사회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
 4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제9항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
 5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
 6. 「인법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
 - 가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
 - 나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우
 7. 삭제 <2020. 8. 4.>
- ⑪ 법 제32조제6항제11호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다. <개정 2020. 8. 4.>
1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우
 2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사가 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
 3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사가 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
- ⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다. <개정 2015. 9. 11.>
- ⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제2조제6항제7호기목부터 하목까지의 자를 말한다. <개정 2011. 8. 17., 2015. 9. 11., 2020. 8. 4., 2022. 6. 7.>
- ⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공되는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다. <개정 2011. 8. 17., 2015. 9. 11.>

제28조의2(개인신용정보의 이용)

법 제33조제2항에서 "대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 업무를 수행하기 위해 필요한 경우 해당 각 호의 자가 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 그 업무와 관련하여 이용하기 위한 목적을 말한다.

1. 「보험업법」 제2조제6호에 따른 보험회사가 수행하는 같은 조 제2호에 따른 보험업 또는 같은 법 제11조의2에 따른 부수업무로서 개인의 건강 유지·증진 또는 질병의 사전예방 및 악화 방지 등의 목적으로 수행하는 업무
 2. 「여신전문금융업법」 제2조제2호의2에 따른 신용카드업자가 수행하는 같은 법 제46조제1항제7호에 따른 부수업무로서 신용카드회원으로부터 수수료를 받고 신용카드회원에게 사망 또는 질병 등 특정 사고 발생 시 신용카드회원의 채무(같은 법 제2조제2호나목과 관련된 채무에 한정한다)를 면제하거나 그 채무의 상환을 유예하는 업무
 3. 「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따라 체신관사가 수행하는 보험업무
 4. 공제조합등이 수행하는 공제사업
 5. 본인신용정보관리회사가 수행하는 본인신용정보관리업으로서 개인인 신용정보주체에게 본인의 질병에 관한 정보를 통합하여 제공하기 위한 업무
 6. 법 제25조의2에 따라 종합신용정보집중기관이 수행하는 업무
 7. 제1호부터 제6호까지에서 규정한 업무 외에 금융기관이 금융소비자에게 경제적 혜택을 제공하거나 금융소비자의 피해를 방지하기 위해 수행하는 업무로서 총리령으로 정하는 업무
- [본조신설 2020. 8. 4.]

법규26 아동·청소년의 성보호에 관한 법률

제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)

- ① 폭행 또는 협박으로 아동·청소년을 강간한 사람은 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다. <개정 2023. 4. 11.>
- ② 아동·청소년에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 자는 5년 이상의 유기징역에 처한다.
 1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
 2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위
- ③ 아동·청소년에 대하여 「형법」 제298조의 죄를 범한 자는 2년 이상의 유기징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ④ 아동·청소년에 대하여 「형법」 제299조의 죄를 범한 자는 제1항부터 제3항까지의 예에 따른다.
- ⑤ 위계(僞計) 또는 위력으로써 아동·청소년을 간음하거나 아동·청소년을 추행한 자는 제1항부터 제3항까지의 예에 따른다.
- ⑥ 제1항부터 제5항까지의 미수범은 처벌한다.

법규27 약사법

제2조(정의) 제1호 ~ 제3호

- 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2007. 10. 17., 2008. 2. 29., 2009. 12. 29., 2010. 1. 18., 2011. 6. 7., 2013. 3. 23., 2014. 3. 18., 2016. 12. 2., 2017. 10. 24., 2019. 8. 27.>
1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
 2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
 3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를

하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.

법규28 어린이놀이시설 안전관리법

제2조(정의) 제1호

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2011. 5. 30., 2013. 3. 23., 2014. 6. 3., 2014. 11. 19., 2014. 12. 30., 2016. 1. 7., 2017. 7. 26., 2020. 12. 22.>

1. "어린이놀이기구"란 어린이가 놀이를 위하여 사용할 수 있도록 제조된 그네, 미끄럼틀, 공중놀이기구, 회전놀이기구 등으로서 「어린이제품 안전 특별법」 제2조제9호에 따른 안전인증대상어린이제품을 말한다.

제4조(안전감사기관의 지정 등)

- ① 행정안전부장관은 어린이놀이시설의 안전성을 확보하기 위하여 설치검사·정기시설검사 또는 안전진단을 행하는 기관(이하 "안전감사기관"이라 한다)을 지정할 수 있다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26.>
 - ② 제1항에 따라 안전감사기관으로 지정을 받고자 하는 법인 또는 단체(지방자치단체를 포함한다)는 검사장비 및 검사인력 등 대통령령이 정하는 지정요건을 갖추어 행정안전부장관에게 신청하여야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26.>
 - ③ 행정안전부장관은 제2항에 따른 지정 신청이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 안전감사기관으로 지정하여야 한다. <신설 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2020. 12. 22.>
 1. 영리를 목적으로 하는 법인 또는 단체인 경우
 2. 관리주체가 법인 또는 단체이거나 관리주체를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우
 3. 어린이놀이기구의 제조업자, 설치업자 또는 유통업자를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우
 - 3의2. 안전점검 또는 유지관리를 업무로 하는 법인 또는 단체인 경우(그 소속 임직원이 안전점검 또는 유지관리 업무를 하는 경우를 포함한다)
 4. 제2항에 따른 지정요건을 갖추지 못한 경우
 5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따른 제한에 위반되는 경우
- ④ 행정안전부장관은 제1항의 규정에 따라 지정을 받은 안전감사기관에 설치검사업무 등의 수행에 필요한 지원을 할 수 있다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2011. 5. 30., 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26.>
 - ⑤ 제1항 및 제2항의 규정에 따른 안전감사기관의 지정방법·절차 등에 관하여 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26.>

법규29 어린이놀이시설 안전관리법 시행령

[별표2] <개정 2024. 12. 17.> 어린이놀이시설(제2조 관련)

- 어린이놀이기구가 다음 각 호의 어느 하나의 장소에 설치된 경우 해당 놀이시설
1. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업을 하는 자의 영업소
 2. 「도로법」 제2조제2호가목에 따른 휴게시설
 3. 「도시공원 및 녹지 등에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 도시공원

4. 「식품위생법」 제36조제1항제3호에 따른 식품접객업을 하는 자의 영업소
5. 「아동복지법」 제3조제10호에 따른 아동복지시설
6. 「영유아보육법」 제2조제3호에 따른 어린이집 및 같은 법 제7조에 따른 육아종합지원센터
7. 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원 및 같은 법 제6조에 따른 유아교육진흥원
8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포
9. 「의료법」 제3조제1항에 따른 의료기관
10. 「주택법」 제2조제12호에 따른 주택단지
11. 「초·중등교육법」 제2조제1호에 따른 초등학교 및 같은 조 제4호에 따른 특수학교
12. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원
13. 어린이에게 놀이를 제공하는 것을 업으로 하는 자의 영업소
14. 「건축법」 제2조제2항제6호에 따른 종교시설
15. 「건축법」 제11조에 따른 건축허가를 받아 주택과 주택 외의 시설을 동일 건축물로 건축한 건축물 (해당 건축물 중 주택이 차지하는 세대 수가 100세대 이상인 건축물에 한정한다)
16. 「관광진흥법」 제3조제1항제3호다목에 따른 야영장업을 하는 자가 야영편의를 위하여 제공하는 시설
17. 「도서관법」 제2조제4호에 따른 공공도서관
18. 「박물관 및 미술관 진흥법」 제2조제1호에 따른 박물관
19. 「산림문화·휴양에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 자연휴양림
20. 「하천법」 제2조제2호에 따른 하천구역 또는 같은 조 제3호에 따른 하천시설

법규30 여객자동차운수사업법 시행령

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

법 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다. <개정 2008. 11. 26., 2009. 11. 27., 2011. 12. 8., 2011. 12. 30., 2012. 11. 23., 2013. 3. 23., 2015. 1. 28., 2016. 1. 6., 2016. 1. 22., 2019. 2. 12., 2021. 4. 6., 2023. 10. 10., 2024. 12. 31.>

1. 노선 여객자동차운송사업
 - 가. 시내버스운송사업: 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. 농어촌버스운송사업: 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. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업
 - 라. 시외버스운송사업: 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 여객자동차운송사업
 - 가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에

따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업

- 1) 삭제 <2024. 12. 31.>
- 2) 삭제 <2024. 12. 31.>
- 3) 삭제 <2024. 12. 31.>

나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장래에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업

다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

법규31 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 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

[전문개정 2013. 6. 12.]

법규32 의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다. <개정 2003. 12. 30., 2005. 7. 5., 2013. 12. 11.>

② 삭제 <2005. 7. 5.>

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 등 보건복지부령으로 정하는 경우 또는 항목에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 금액을 수급권자가 부담한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 3. 15., 2025. 9. 30.>

1. 법 제15조제1항에 따라 의료급여가 제한되는 경우
2. 적정한 급여일수 관리가 필요한 경우

3. 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우
- ④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다. <개정 2004. 6. 29.>
- ⑤ 제4항에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 다음 각 호의 구분에 따른 금액에 해당하는 경우에는 해당 호에서 정하는 금액을 기금에서 부담하고 이를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급해야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다. <개정 2004. 6. 29., 2007. 2. 28., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15., 2012. 6. 7., 2014. 7. 16., 2025. 9. 30>
1. 1종수급권자
가. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 2만원 초과 5만원 이하인 경우: 2만원 초과금액의 100분의 50
나. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 5만원을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 100
2. 2종수급권자
가. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 20만원을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 50
나. 가목에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 연간 80만원(「의료법」 제3조제2항 제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원)을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 100
- ⑥ 삭제 <2025. 9. 30.>
- ⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제5항 본문에 따라 기금에서 부담해야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급해야 한다. <신설 2004. 6. 29., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15., 2025. 9. 30.>

법규33 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. <개정 2009. 1. 30., 2011. 6. 7., 2016. 5. 29., 2019. 4. 23., 2020. 3. 4.>
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

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.

[본조신설 2009. 1. 30.]

제3조의3(종합병원)

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011. 8. 4.>
- 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 - 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
 - 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.
- [본조신설 2009. 1. 30.]

제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>
- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 - 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. <개정 2010. 1. 18.>
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18.>
- [본조신설 2009. 1. 30.]

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>
- 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. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>
- 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 - 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. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

법규34 자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. <개정 2015. 7. 7., 2017. 1. 6.>
[전문개정 2011. 12. 15.]

[별표 1] <개정 2024. 1. 31.> 자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용 자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc(전기자동차의 경우 최고출력이 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc(전기자동차의 경우 최고출력이 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 2,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것
승합 자동차	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
화물 자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수 자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜 자동차	배기량이 50cc 미만(최고출력 4킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 이하(최고출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 125cc 이하(최고출력 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260cc 이하(최고출력 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260cc 이하(최고출력 15킬로와트 이하)인 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준	
		일반형	승용경화물형
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	승용경화물형	후래임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용경화물형이 아닌 것	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
	다목적형	기타형	주목적이 여객운송용인 것
승합 자동차	일반형	특수형	특정한 용도(장의·현행·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
	일반형	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
화물 자동차	벤형	벤형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
	견인형	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
특수 자동차	구난형	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수용도형	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것

종류	유형별	세부기준
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3톤 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 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차

- 1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
- 2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석 이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
- 3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 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 상륜 또는 사륜의 자동차
- 3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 상륜 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, 「환경친화적 자동차의 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.

법규35 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. <개정 2014. 2. 5., 2021. 1. 5.>

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.

- <개정 2014. 2. 5., 2014. 12. 30.>
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(診療報酬)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. <개정 2012. 8. 22.>
1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 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. <개정 2014. 12. 30.>

법규36 장기등 이식에 관한 법률

제4조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2019. 1. 15., 2020. 4. 7.>

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 제공

- 하는 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 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.
 6. "가족" 또는 "유족"이란 살아있는 사람·뇌사자 또는 사망한 자의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14세 미만인 사람은 제외한다.
 - 가. 배우자
 - 나. 직계비속
 - 다. 직계존속
 - 라. 형제자매
 - 마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족

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.

법규37 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. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2017. 2. 8.>
- ② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 발급받은 장애인이 등록증과 효력이 동일한 모바일 등록증(「전기통신사업법」 제2조제20호에 따른 이동통신단말장치에 암호화된 형태로 설치된 등록증을 말한다. 이하 같다)의 발급을 신청하는 경우에는 이를 추가로 발급할 수 있다. <신설 2025. 4. 22.>
- 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. <개정 2017. 2. 8., 2017. 12. 19.>
- ④ 등록증(모바일 등록증을 포함한다. 이하 같다)은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 유사한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다. <개정 2025. 4. 22.>
- ⑤ 누구든지 다른 사람의 등록증 또는 그 복사본이나 이미지파일(이하 "복사본등"이라 한다)을 부정하게 사용하여서는 아니 된다. <신설 2025. 4. 22.>
- 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. <신설 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2015. 12. 29., 2017. 12. 19.>

- ⑦ 삭제 <2021. 7. 27.>
- 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. <개정 2024. 2. 13.>
- ⑨ 제1항부터 제6항까지 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. <개정 2024. 2. 13., 2025. 4. 22.>

법규38 장애인복지법시행규칙

제2조(장애인의 장애 정도 등)

- ① 「장애인복지법 시행령」(이하 "령"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애 정도는 별표 1과 같다. <개정 2019. 6. 4.>
 - ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애 정도의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 해당 기준을 정하기 위하여 장애인에 대한 진단·재활·치료·교육 및 훈련 등에 관한 학식과 경험이 풍부한 전문가 및 관계 기관·법인·단체의 의견을 청취할 수 있으며, 필요한 경우 자문회의를 개최할 수 있다. <개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2019. 6. 4., 2024. 7. 10.>
- [제목개정 2019. 6. 4.]

제4조(장애인등록증 교부 등)

- ① 시장·군수·구청장은 제3조에 따라 진단 결과나 장애 정도에 관한 심사 결과를 통보받은 경우에는 제2조에 따른 장애 정도에 해당하는지를 확인하여 장애인으로 등록해야 한다. 이 경우 해당 장애인에 대한 장애인등록카드를 작성하고, 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 발급해야 한다. <개정 2019. 6. 4.>
- ② 장애인은 등록증을 잃어버리거나 그 등록증이 훼손되어 못 쓰게 되었을 때 또는 제3항에 따라 「여신전문금융업법」 제2조에 따른 신용카드는나 직불카드(이하 "신용카드등"이라 한다)와 통합된 등록증으로 재발급 받으려는 경우에는 별지 제1호의4서식의 신청서에 등록증(등록증을 잃어버린 경우는 제외한다)을 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 시장·군수·구청장에게 재발급을 신청하여야 한다. <개정 2009. 12. 31., 2016. 6. 30., 2021. 6. 4.>
- ③ 시장·군수·구청장은 제2항에 따라 장애인이 신용카드등과 통합된 등록증의 발급을 신청하는 경우에는 이를 발급할 수 있다.
- ④ 장애인은 등록증의 기재사항을 변경하려면 별지 제5호서식의 신청서에 장애인등록증과 기재사항의 변경 내용을 증명할 수 있는 서류를 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 시장·군수·구청장에게 신청하여야 한다. 이 경우 시장·군수·구청장이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 기재사항의 변경내용을 증명할 수 있는 서류에 대한 정보를 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 첨부서류를 갈음하되, 신청인이 확인에 동의하지 않는 경우에는 그 서류를 첨부하여야 한다. <개정 2010. 9. 1.>

[별표 1] <개정 2022. 9. 6.> 장애인의 장애 정도(제2조 관련)

1. 지체장애인
 - 가. 신체의 일부를 잃은 사람

- 1) 장애의 정도가 심한 장애인
 - 가) 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
 - 나) 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람
 - 다) 두 다리를 가로발목뼈관절(Chopart's joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
 - 라) 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람
- 2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
 - 가) 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람
 - 나) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
 - 다) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락을 모두 잃은 사람
 - 라) 한 다리를 발목발허리관절(lisfranc joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
 - 마) 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
- 나. 관절장애가 있는 사람
 - 1) 장애의 정도가 심한 장애인
 - 가) 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
 - 나) 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
 - 다) 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
 - 라) 한 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
 - 마) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
 - 바) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
 - 사) 두 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 중 2개 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
 - 아) 두 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
 - 자) 한 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
 - 2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
 - 가) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
 - 나) 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
 - 다) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
 - 라) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락, 다섯째손가락 모두의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
 - 마) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
 - 바) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 하나의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
 - 사) 두 발의 모든 발가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
 - 아) 한 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
 - 자) 한 다리의 엉덩관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
 - 차) 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
- 다. 지체기능장애가 있는 사람
 - 1) 장애의 정도가 심한 장애인
 - 가) 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
 - 나) 두 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람
 - 다) 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
 - 라) 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
 - 마) 한 다리의 기능을 잃은 사람
 - 바) 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
 - 2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
 - 가) 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
 - 나) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
 - 다) 한 손의 엄지손가락의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
 - 라) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람

- 마) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락 모두의 기능을 잃은 사람
- 바) 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람
- 사) 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
- 아) 삭제 <2022. 9. 6.>
- 라. 척추장애가 있는 사람
 - 1) 장애의 정도가 심한 장애인
 - 목뼈 또는 등·허리뼈의 기능을 잃은 사람
 - 2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
 - 목뼈 또는 등·허리뼈의 기능이 저하된 사람
- 마. 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람(장애의 정도가 심하지 않은 장애인에 해당함)
 - 1) 한 다리가 건강한 다리보다 5센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람
 - 2) 척추염곡증(척추측만증)이 있으며, 굽은각도가 40도 이상인 사람
 - 3) 척추뒤굽음증(척추후만증)이 있으며, 굽은각도가 60도 이상인 사람
 - 4) 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145센티미터 이하인 사람
 - 5) 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140센티미터 이하인 사람
 - 6) 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람
2. 뇌병변장애인
 - 가. 장애의 정도가 심한 장애인
 - 1) 보행 또는 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
 - 2) 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저히 제한된 사람
 - 나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
 - 보행 시 절뚝거림을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경미하게 제한된 사람
3. 시각장애인
 - 가. 장애의 정도가 심한 장애인
 - 1) 좋은 눈의 시력(공인된 시력표로 측정된 것을 말하며, 굴절 이상이 있는 사람은 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.06 이하인 사람
 - 2) 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람
 - 나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
 - 1) 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
 - 2) 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람
 - 3) 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50퍼센트 이상 감소한 사람
 - 4) 나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람
 - 5) 두 눈의 중심 시야에서 20도 이내에 검보임[복시(複視)]이 있는 사람
4. 청각장애인
 - 가. 청력을 잃은 사람
 - 1) 장애의 정도가 심한 장애인
 - 두 귀의 청력을 각각 80데시벨 이상 잃은 사람(귀에 입을 대고 큰소리로 말을 해도 듣지 못하는 사람)
 - 2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
 - 가) 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
 - 나) 두 귀의 청력을 각각 60데시벨 이상 잃은 사람(40센티미터 이상의 거리에서 발생한 말소리를 듣지 못하는 사람)
 - 다) 한 귀의 청력을 80데시벨 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40데시벨 이상 잃은 사람
 - 나. 평형기능에 장애가 있는 사람
 - 1) 장애의 정도가 심한 장애인
 - 양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람
 - 2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
 - 평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나고,

- 복합적인 신체운동이 어려운 사람
5. 언어장애인
- 가. 장애의 정도가 심한 장애인
- 음성기능이나 언어기능을 잃은 사람
- 나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
- 음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 지적장애인(장애의 정도가 심한 장애인에 해당함)
- 지능지수가 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람
7. 자폐성장애인(장애의 정도가 심한 장애인에 해당함)
- 제10차 국제질병사인분류(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 증상발달의 단계가 나타나지 않고, 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적인 도움이 필요한 사람
8. 정신장애인
- 가. 장애의 정도가 심한 장애인
- 1) 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람
- 2) 양극성 정동장애(情動障礙, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애)에 따른 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심하지는 않으나, 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람
- 3) 재발성 우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람
- 4) 조현정동장애(調絃情動障礙)로 1)부터 3)까지에 준하는 증상이 있는 사람
- 나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
- 1) 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람
- 2) 양극성 정동장애(情動障礙, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애)에 따른 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심하지는 않으나, 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람
- 3) 재발성 우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람
- 4) 조현정동장애(調絃情動障礙)로 1)부터 3)까지에 준하는 증상이 있는 사람
- 5) 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 투렛장애(Tourette's disorder) 또는 기면증으로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심한 경우로서 일상생활이나 사회생활에 수시로 도움이 필요한 사람
9. 신장장애인
- 가. 장애의 정도가 심한 장애인
- 만성신부전증으로 3개월 이상 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람
- 나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
- 신장을 이식받은 사람
10. 심장장애인
- 가. 장애의 정도가 심한 장애인
- 심장기능의 장애가 지속되며, 가정에서 가벼운 활동은 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나 정상적인 사회활동을 하기 어려운 사람
- 나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
- 심장을 이식받은 사람

11. 호흡기장애인
- 가. 장애의 정도가 심한 장애인
- 1) 만성호흡기 질환으로 기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활하는 사람
- 2) 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능장애로 평지에서 보행해도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제날숨량) 또는 폐확산능(폐로 유입된 공기가 혈액내로 녹아드는 정도)이 정상에 측치의 40퍼센트 이하이거나 안정시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 65밀리미터수(mmHg) 이하인 사람
- 나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
- 1) 폐를 이식받은 사람
- 2) 늑막루가 있는 사람
12. 간장애인
- 가. 장애의 정도가 심한 장애인
- 1) 간경변증, 간세포암종 등 만성 간질환을 가진 것으로 진단받은 사람 중 잔여 간기능이 만성 간질환 평가척도(Child-Pugh score) 평가상 C등급인 사람
- 2) 간경변증, 간세포암종 등 만성 간질환을 가진 것으로 진단받은 사람 중 잔여 간기능이 만성 간질환 평가척도(Child-Pugh score) 평가상 B등급이면서 난치성 복수(腹水)가 있거나 간성뇌증 등의 합병증이 있는 사람
- 나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
- 간을 이식받은 사람
13. 안면장애인
- 가. 장애의 정도가 심한 장애인
- 1) 노출된 안면부의 75퍼센트 이상이 변형된 사람
- 2) 노출된 안면부의 50퍼센트 이상이 변형되고 코 형태의 3분의 2 이상이 없어진 사람
- 나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
- 1) 코 형태의 3분의 1 이상이 없어진 사람
- 2) 노출된 안면부의 45퍼센트 이상에 백반증(白斑症)이 있는 사람
- 3) 노출된 안면부의 30퍼센트 이상이 변형된 사람
14. 장루·요루장애인
- 가. 장애의 정도가 심한 장애인
- 1) 배변을 위한 말단 공장루를 가지고 있는 사람
- 2) 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있는 사람
- 3) 장루 또는 요루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장애가 있는 사람
- 나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
- 1) 장루 또는 요루를 가진 사람
- 2) 방광루를 가진 사람
15. 뇌전증장애인
- 가. 성인 뇌전증
- 1) 장애의 정도가 심한 장애인
- 만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 연 6회 이상의 발작(중증 발작은 월 5회 이상을 연 1회, 경증 발작은 월 10회 이상을 연 1회로 본다)이 있고, 발작으로 인한 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 수시로 필요한 사람
- 2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
- 만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 연 3회 이상의 발작(중증 발작은 월 1회 이상을 연 1회, 경증 발작은 월 2회 이상을 연 1회로 본다)이 있고, 이에 따라 협조적인 대인관계가 곤란한 사람
- 나. 소아청소년 뇌전증

- 1) 장애의 정도가 심한 장애인
전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대(筋間代) 발작, 부분발작 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 수시로 필요한 사람
- 2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대(筋間代) 발작, 부분발작 등으로 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 필요한 사람
16. 중복된 장애의 합산 판정
두 개 이상의 장애를 가진 장애인은 보건복지부장관이 고시하는 바에 따라 장애의 정도가 심한 장애인으로 볼 수 있다. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그렇지 않다.
가. 지체장애와 뇌병변장애가 같은 부위에 중복된 경우
나. 지적장애와 자폐성장애가 중복된 경우
다. 그 밖에 중복장애로 합산하여 판정하는 것이 타당하지 않다고 보건복지부장관이 정하는 경우
17. 장애 정도 구분의 하한 기준
제1호부터 제15호까지의 장애유형별 장애 정도의 기준은 각각 ‘심한 장애’와 ‘심하지 않은 장애’의 하한 기준으로 한다.

법규39 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. <개정 2018. 12. 31.>
- ② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다. <개정 2018. 12. 31.>

[별표 1] <개정 2021. 4. 13.>장애인의 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 검보임[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 장애가 있는 사람
6. 지적장애인(知的障礙人)
 - 정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불안전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람
7. 자폐성장애인(自閉性障礙人)
 - 소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·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

법규40 전기통신사업법

제2조(정의)

- 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2011. 5. 19., 2013. 3. 23., 2013. 8. 13., 2014. 10. 15., 2017. 7. 26., 2018. 12. 24., 2020. 6. 9., 2022. 6. 10., 2023. 7. 18.>
1. “전기통신”이란 유선·무선·광선 또는 그 밖의 전자적 방식으로 부호·문언·음향 또는 영상을 송신하거나 수신하는 것을 말한다.

2. “전기통신설비”란 전기통신을 하기 위한 기계·기구·선로 또는 그 밖에 전기통신에 필요한 설비를 말한다.
3. “전기통신회선설비”란 전기통신설비 중 전기통신을 행하기 위한 송신·수신 장소 간의 통신로 구성 설비로서 전송설비·선로설비 및 이것과 일체로 설치되는 교환설비와 이들의 부속설비를 말한다.
4. “사업용전기통신설비”란 전기통신사업에 제공하기 위한 전기통신설비를 말한다.
5. “자가전기통신설비”란 사업용전기통신설비 외의 것으로서 특정인이 자신의 전기통신에 이용하기 위하여 설치한 전기통신설비를 말한다.
6. “전기통신역무”란 전기통신설비를 이용하여 타인의 통신을 매개하거나 전기통신설비를 타인의 통신 용으로 제공하는 것을 말한다.
7. “전기통신사업”이란 전기통신역무를 제공하는 사업을 말한다.
8. “전기통신사업자”란 이 법에 따라 등록 또는 신고(신고가 면제된 경우를 포함한다)를 하고 전기통신역무를 제공하는 자를 말한다.
9. “이용자”란 전기통신역무를 제공받기 위하여 전기통신사업자와 전기통신역무의 이용에 관한 계약을 체결한 자를 말한다.
10. “보편적 역무”란 모든 이용자가 언제 어디서나 적절한 요금으로 제공받을 수 있는 기본적인 전기통신역무를 말한다.
11. “기간통신역무”란 전화·인터넷접속 등과 같이 음성·데이터·영상 등을 그 내용이나 형태의 변경 없이 송신 또는 수신하게 하는 전기통신역무 및 음성·데이터·영상 등의 송신 또는 수신에 가능하도록 전기통신회선설비를 임대하는 전기통신역무를 말한다. 다만, 과학기술정보통신부장관이 정하여 고시하는 전기통신서비스(제6호의 전기통신역무의 세부적인 개별 서비스를 말한다. 이하 같다)는 제외한다.
12. “부가통신역무”란 기간통신역무 외의 전기통신역무를 말한다.
- 12의2. “온라인 동영상 서비스”란 정보통신망을 통하여 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조제12호에 따른 비디오물 등 동영상 콘텐츠를 제공하는 부가통신역무를 말한다.
13. “앱마켓사업자”란 부가통신역무를 제공하는 사업 중 모바일콘텐츠 등을 등록·판매하고 이용자가 모바일콘텐츠 등을 구매할 수 있도록 거래를 중개하는 사업을 하는 자를 말한다.
14. “특수한 유형의 부가통신역무”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 업무를 말한다.
 - 가. 「저작권법」 제104조에 따른 특수한 유형의 온라인서비스제공자의 부가통신역무
 - 나. 문자메시지 발송시스템을 전기통신사업자의 전기통신설비에 직접 또는 간접적으로 연결하여 문자메시지를 발송하는 부가통신역무
15. “전기통신번호”란 전기통신역무를 제공하거나 이용할 수 있도록 통신망, 전기통신서비스, 지역 또는 이용자 등을 구분하여 식별할 수 있는 번호를 말한다.
16. “와이파이”란 무선 접속 장치가 설치된 곳에서 전파 등을 이용하여 일정 거리 안에서 인터넷을 사용할 수 있는 근거리 통신망을 말한다.
17. “사물인터넷”이란 「지능정보화 기본법」 제2조제8호에 따른 정보통신망을 통하여 사물에 관한 정보를 전자적 방식으로 수집·가공·저장·검색·송신·수신 및 활용하거나 사물을 관리 또는 제어하는 등의 방식으로 사물과 사람을 상호 연결하는 것을 말한다.
18. “이동통신서비스”란 「전파법」에 따라 할당받은 주파수를 사용하는 기간통신역무를 말한다.
19. “이동통신사업자”란 이동통신서비스를 제공하는 전기통신사업자를 말한다.
20. “이동통신단말장치”란 이용자가 이동통신서비스를 이용하기 위하여 필요한 단말장치를 말한다.
21. “중고 이동통신단말장치”란 이용자가 이미 이용하였거나 이동통신서비스에 가입한 이력이 있는 이동통신단말장치를 말한다.
22. “이동통신단말장치 제조업자”란 이동통신단말장치를 제조·생산하는 자를 말한다.
23. “중고 이동통신단말장치 유통사업자”란 중고 이동통신단말장치를 매입하거나 판매하는 것으로 하는 자를 말한다.
24. “대리점”이란 이동통신사업자와의 협정에 따라 이동통신사업자와 이용자 간의 계약 체결(체결된 계약 내용을 변경하는 것을 포함한다) 등을 대리 또는 위탁받아 처리하는 자를 말한다.

25. “판매점”이란 대리점과의 협정에 따라 이동통신사업자와 이용자 간의 계약 체결(체결된 계약 내용을 변경하는 것을 포함한다) 등을 복대리 또는 재위탁받아 처리하는 자를 말한다.
26. “출고가”란 이동통신단말장치 제조업자, 이동통신사업자 또는 이동통신사업자의 계열회사(「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」 제2조제12호에 따른 계열회사를 말한다. 이하 같다) 등이 대리점에 이동통신단말장치를 공급하는 가격을 말한다.
27. “지원금”이란 이동통신단말장치 구매가격 할인, 현금 지급, 가입비 보조 등 이동통신단말장치의 구입비용을 지원하기 위하여 이용자에게 제공된 모든 경제적 이익을 말한다.
28. “장려금”이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 가. 이동통신단말장치 제조업자가 이동통신사업자(그 계열회사를 포함한다), 대리점 또는 판매점 등에 이동통신단말장치 판매에 관하여 제공하는 모든 경제적 이익
 - 나. 이동통신사업자(그 계열회사를 포함한다)가 대리점 또는 판매점 등에 이동통신단말장치 판매에 관하여 제공하는 모든 경제적 이익
29. “대규모유통업자”란 「대규모유통업에서의 거래 공정화에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 대규모유통업자, 「대·중소기업 상생협력 촉진에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 대기업 또는 대기업 계열회사에 속하는 대리점·판매점을 말한다.

법규41 전자서명법

제2조(정의) 제2호

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

법규42 제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법

제80조(교육지원청에 관한 특례)

- ① 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조제1항에도 불구하고 제주자치도의 교육·학예에 관한 사무를 분장하기 위하여 각 행정시를 관할구역으로 하는 교육지원청을 둔다.
- ② 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조제2항 및 제4항에도 불구하고 교육지원청의 관할구역과 명칭, 조직과 운영 등은 도조례로 정한다.
- ③ 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조제3항 및 「교육공무원법」 제58조에도 불구하고 교육지원청에 교육장을 두며, 교육장을 임명할 때에는 후보자를 공개모집할 수 있다.
- ④ 제3항에 따라 공개모집하는 교육장의 자격, 공개모집절차, 후보자의 심사 등에 필요한 사항은 도조례로 정한다.

법규43 지방교육자치에 관한 법률

제34조(하급교육행정기관의 설치 등)

- ① 시·도의 교육·학예에 관한 사무를 분장하기 위하여 1개 또는 2개 이상의 시·군 및 자치구를 관할구역으로 하는 하급교육행정기관으로서 교육지원청을 둔다. <개정 2013. 12. 30.>
- ② 교육지원청의 관할구역과 명칭은 대통령령으로 정한다. <개정 2013. 12. 30.>

- ③ 교육지원청에 교육장을 두되 장학관으로 보고하고, 그 임용에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2013. 12. 30.>
- ④ 교육지원청의 조직과 운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2013. 12. 30.>

법규44 지역보건법

제10조(보건소의 설치)

- ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건료원을 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다. <개정 2021. 8. 17.>

- ② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

법규45 폭력행위등 처벌에 관한 법률

제4조(단체들의 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. <개정 2016. 1. 6.>
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), 제

- 336조(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.
- [전문개정 2014. 12. 30.]

법규46 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2008. 3. 28., 2011. 7. 25., 2016. 1. 19., 2021. 3. 23., 2021. 8. 17., 2023. 4. 18.>

1. “학원”이란 사인(私人)이 대통령령으로 정하는 수 이상의 학습자 또는 불특정다수의 학습자에게 30일 이상의 교습과정(교습과정의 반복으로 교습일수가 30일 이상이 되는 경우를 포함한다. 이하 같다)에 따라 지식·기술(기능을 포함한다. 이하 같다)·예능을 교습(상급학교 진학에 필요한 컨설팅 등 지도를 하는 경우와 정보통신기술 등을 활용하여 원격으로 교습하는 경우를 포함한다. 이하 같다)하거나 30일 이상 학습장소로 제공되는 시설을 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 시설은 제외한다.
- 가. 「유아교육법」, 「초·중등교육법」, 「고등교육법」, 그 밖의 법령에 따른 학교
- 나. 도서관·박물관 및 과학관
- 다. 사업장 등의 시설로서 소속 직원의 연수를 위한 시설
- 라. 「평생교육법」에 따라 인가·등록·신고 또는 보고된 평생교육시설
- 마. 「국민 평생 직업능력 개발법」에 따른 직업능력개발훈련시설이나 그 밖에 평생교육에 관한 다른 법률에 따라 설치된 시설
- 바. 「도로교통법」에 따른 자동차운전학원
- 사. 「주택법」 제2조제3호에 따른 공동주택에 거주하는 자가 공동으로 관리하는 시설로서 「공동주택관리법」 제14조에 따른 입주자대표회의의 의결을 통하여 영리를 목적으로 하지 아니하고 입주주민을 위한 교육을 하기 위하여 설치하거나 사용하는 시설
2. “교습소”란 제4호에 따른 과외교습을 하는 시설로서 학원 및 제1호 각 목의 시설이 아닌 시설을 말한다.
3. “개인과외교습자”란 다음 각 목의 시설에서 교습비등을 받고 과외교습을 하는 자를 말한다.
- 가. 학습자의 주거지 또는 교습자의 주거지로서 「건축법」 제2조제2항에 따른 단독주택 또는 공동주택
- 나. 제1호사목에 따른 시설
4. “과외교습”이란 초등학교·중학교·고등학교 또는 이에 준하는 학교의 학생이나 학교 입학 또는 학력 인정에 관한 검정을 위한 시험 준비생에게 지식·기술·예능을 교습하는 행위를 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위는 제외한다.
- 가. 제1호가목부터 바목까지의 시설에서 그 설치목적에 따라 행하는 교습행위
- 나. 같은 등목기준지 내의 친족이 하는 교습행위
- 다. 대통령령으로 정하는 봉사활동에 속하는 교습행위
5. “학습자”란 다음 각 목의 자를 말한다.
- 가. 학원이나 교습소에서 교습을 받는 자
- 나. 30일 이상 학습장소로 제공되는 시설을 이용하는 자

- 다. 개인과외교습자로부터 교습을 받는 자
6. “교습비등”이란 학습자가 다음 각 목의 자에게 교습이나 학습장소 이용의 대가로 납부하는 수강료·이용료 또는 교습료 등(이하 “교습비”라 한다)과 그 외에 추가로 납부하는 모든 경비(이하 “기타경비”라 한다)를 말한다.
- 가. 학원을 설립·운영하는 자(이하 “학원설립·운영자”라 한다)
- 나. 교습소를 설립·운영하는 자(이하 “교습자”라 한다)
- 다. 개인과외교습자

법규47 형법

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. <개정 1995. 12. 29.>

제251조 삭제 <2023. 8. 8.>

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)

- ① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.

[전문개정 2020. 12. 8.]

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.
[전문개정 2023. 8. 8.]

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. <개정 1995. 12. 29.>
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원

이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>

- 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. <개정 2016. 1. 6.>

제259조(상해치사)

- ① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
- 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. <개정 1995. 12. 29.>
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
- ③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. <개정 1995. 12. 29.>

제261조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>

제262조(폭행치사상)

제260조와 제261조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제257조부터 제259조까지의 예에 따른다.

[전문개정 2020. 12. 8.]

제263조(동시범)

독립행위가 결합하여 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. <개정 2016. 1. 6.>

제265조(자격정지의 병과)

제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다. <개정 2016. 1. 6.>

제26장 과실치사상의 죄

제266조(과실치상)

- ① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
- ② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. <개정 1995. 12. 29.>

제267조(과실치사)

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>

제268조(업무상과실·종과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

[전문개정 2020. 12. 8.]

제32장 강간과 추행의 죄

제297조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다. <개정 2012. 12. 18.>

제297조의2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

[본조신설 2012. 12. 18.]

제298조(강제추행)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>

제299조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다. <개정 2012. 12. 18.>

제300조(미수범)

제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다. <개정 2012. 12. 18.>

제301조(강간등 상해·치상)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다. <개정 2012. 12. 18.>

[전문개정 1995. 12. 29.]

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. <개정 2012. 12. 18.>

[본조신설 1995. 12. 29.]

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 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29., 2012. 12. 18., 2018. 10. 16.>

② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다. <개정 2012. 12. 18., 2018. 10. 16.>

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)

① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다. <개정 1995. 12. 29., 2012. 12. 18., 2020. 5. 19.>

② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다. <신설 2020. 5. 19.>

제305조의2(상습범)

상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2012. 12. 18.>

[본조신설 2010. 4. 15.]

제305조의3(예비, 음모)

제297조, 제297조의2, 제299조(준강간죄에 한정한다), 제301조(강간 등 상해죄에 한정한다) 및 제305조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.

[본조신설 2020. 5. 19.]

제38장 절도와 강도의 죄

제339조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다. <개정 2012. 12. 18.>

법규48 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2018. 3. 27.>

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.
가. 삭제 <2018. 3. 27.>
나. 삭제 <2018. 3. 27.>
다. 삭제 <2018. 3. 27.>
라. 삭제 <2018. 3. 27.>
마. 삭제 <2018. 3. 27.>
4. “연명의료”란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기

착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.

5. “연명의료중단등결정”이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. “호스피스·완화의료” (이하 “호스피스”라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “호스피스대상환자”라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
 - 가. 암
 - 나. 후천성면역결핍증
 - 다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
 - 라. 만성 간경화
 - 마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
7. “담당의사”란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “말기환자등”이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. “연명의료계획서”란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. “사전연명의료의향서”란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

법규49 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임) 제 1항

- 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. <개정 2017. 4. 18.>

[전문개정 2011. 5. 19.]

제8조(보험금액)

- ① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다. <개정 2017. 4. 18.>
 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
 3. 삭제 <2017. 4. 18.>
- ② 제1항제1호에 따른 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

[전문개정 2011. 5. 19.]

법규50 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙

제2조(손해액)

- ① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 “령”이라 한다) 제5조제1항제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.
 1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액
 2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장래비
 - 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 월급액이나 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 수 리비
 2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액

[전문개정 2017. 10. 19.]

법규51 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

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”라 한다)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.

[전문개정 2017. 10. 17.]

제8조(보험금 지급)

- ① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 해당 보험금을 지급하여야 한다. <개정 2017.10.17.>
- ② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체없이 다음 각호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다. <개정 2017.10.17.>
 1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명

2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

[별표 1] <개정 2021. 1. 5.> 부상등급 및 보험금액(제5조제1항제2호 관련)

등급	보험 금액	부상 내용
1급	3천 만원	1. 엉덩관절의 골절 또는 골절성 탈구 2. 척추체 분쇄성 골절 3. 척추체 골절 또는 탈구로 인한 각종 신경증상으로 수술을 시행한 부상 4. 외상성 머리뼈안 출혈로 머리뼈 절개수술을 시행한 부상 5. 머리뼈의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 부상 또는 경막밑 수종, 수혈액 낭종, 거미막밑 출혈 등으로 머리뼈 절개수술을 시행한 부상 6. 고도의 뇌타박상(소량의 출혈이 뇌 전체에 퍼져 있는 손상을 포함한다)으로 생명이 위독한 부상(48시간 이상 혼수상태가 지속되는 경우만 해당한다) 7. 넓적다리뼈 몸통의 분쇄성 골절 8. 정강이뼈 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 9. 화상·좌창·과사상처 등으로 연부조직의 손상이 심한 부상(몸 표면의 9퍼센트 이상의 부상을 말한다) 10. 팔다리와 몸통의 연부조직에 손상이 심하여 유경식피술(피부의 혈행을 보존한 채로 이식하는 수술을 말한다)을 시행한 부상 11. 위팔뼈목 골절과 몸통 분쇄 골절이 중복된 경우 또는 위팔뼈 삼각골절 12. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 부상
2급	1,500 만원	1. 위팔뼈 분쇄성 골절 2. 척추체의 압박골절이 있으나 각종 신경증상이 없는 부상 또는 목뼈 탈구(불완전탈구를 포함한다), 골절 등으로 목뼈고정기(할로베스트) 등 고정술을 시행한 부상 3. 머리뼈 골절로 신경학적 증상이 현저한 부상(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 4. 내부장기 파열과 골반뼈 골절이 동반된 부상 또는 골반뼈 골절과 요도 파열이 동반된 부상 5. 무릎관절 탈구 6. 발목관절 부위 골절과 골절성 탈구가 동반된 부상 7. 자뼈 몸통 골절과 노뼈 뼈머리 탈구가 동반된 부상 8. 엉치엉덩관절 탈구 9. 무릎관절 전·후십자인대 및 내측부인대 파열과 내외측 반달모양 물렁뼈가 전부 파열된 부상 10. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 부상
3급	1,200 만원	1. 위팔뼈목 골절 2. 위팔뼈 관절융기 골절과 팔꿈치관절 탈구가 동반된 부상 3. 노뼈와 자뼈의 몸통 골절이 동반된 부상 4. 손목 손바닥 골절 5. 노뼈 신경손상을 동반한 위팔뼈 몸통 골절 6. 넓적다리뼈 몸통 골절(소아의 경우에는 수술을 시행한 경우만 해당하며, 그 외의 사람의 경우에는 수술의 시행 여부를 불문한다) 7. 무릎골(슬개골)을 말한다. 이하 같다) 분쇄 골절과 탈구로 인하여 무릎골 완전 적출술을 시행한 부상 8. 정강이뼈 관절융기 골절로 인하여 관절면이 손상되는 부상(정강이뼈 용기사이결절

		골절로 개방정복(피부와 근육 절개 후 골절된 뼈를 바로잡는 수술을 말한다. 이하 같다)을 시행한 경우를 포함한다] 9. 발목뼈 척골 간 관절 탈구와 골절이 동반된 부상 또는 발목발허리(Lisfranc: 발등뼈와 발목을 이어주는 관절을 말한다. 이하 같다)의 골절 및 탈구 10. 전·후십자인대 또는 내외측 반달모양 물렁뼈 파열과 정강이뼈 용기사이결절 골절 등이 복합된 속무릎장애(슬내장) 11. 복부 내장 파열로 수술이 불가피한 부상 또는 복강 내 출혈로 수술한 부상 12. 뇌손상으로 뇌신경 마비를 동반한 부상 13. 중증도의 뇌타박상(소량의 출혈이 뇌 전체에 퍼져 있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 심한 부상(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 14. 개방성 공막 찢김상처(열창)로 양쪽 안구가 파열되어 두 눈 적출술을 시행한 부상 15. 목뼈고리(목뼈)의 추골 뒷부분인 추궁을 말한다)의 선상 골절 16. 항문 파열로 인공항문 조성술 또는 요도 파열로 요도성형술을 시행한 부상 17. 넓적다리뼈 관절융기 분쇄 골절로 인하여 관절면이 손상되는 부상 18. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 부상
4급	1천 만원	1. 넓적다리뼈 관절융기(먼쪽부위, 과상부 및 대퇴과간을 포함한다) 골절 2. 정강이뼈 몸통 골절, 관절면 침범이 없는 정강이뼈 관절융기 골절 3. 목발뼈목 골절 4. 슬개 인대 파열 5. 어깨관절 부위의 돌럼근띠(회전근개라고도 하며, 어깨관절을 감싸면서 어깨관절을 돌리는 네 근육을 말한다) 골절 6. 위팔뼈 가쪽위관절융기가 어긋나는 골절 7. 팔꿈치관절 부위 골절과 탈구가 동반된 부상 8. 화상, 좌창, 과사상처 등으로 연부조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 부상 9. 안구 파열로 적출술이 불가피한 부상 또는 개방성 공막 찢김상처로 안구 적출술, 각막 이식술을 시행한 부상 10. 넓적다리 네갈래근, 두갈래근 파열로 개방정복을 시행한 부상 11. 무릎관절부위의 내외측부 인대, 전·후십자인대, 내외측 반달모양 물렁뼈 완전 파열(부분 파열로 수술을 시행한 경우를 포함한다) 12. 개방정복을 시행한 소아의 정강이뼈·종아리뼈 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 13. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 부상
5급	900 만원	1. 골반뼈의 중북 골절(말개누 골절 등을 포함한다) 2. 발목관절부위의 안쪽·바깥쪽 복사 골절이 동반된 부상 3. 발뒤꿈치뼈 골절 4. 위팔뼈 몸통 골절 5. 노뼈 먼쪽부위[콜리스골절(팔목 바로 위 노뼈가 부러져 손바닥이 등쪽이나 바깥쪽으로 돌아간 상태를 말한다), 스미스골절(콜리스골절의 반대로서 팔목 바로 위 노뼈가 부러져 뺨조각이 손바닥쪽으로 어긋난 상태를 말한다), 손목 관절면, 노뼈 먼쪽 뼈끝 골절을 포함한다] 골절 6. 자뼈 몸쪽부위 골절 7. 다발성 갈비뼈 골절로 혈액가슴증, 공기가슴증이 동반된 부상 또는 단순 갈비뼈 골절과 혈액가슴증, 공기가슴증이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 부상 8. 발등 근육힘줄 파열창 9. 손바닥 근육힘줄 파열창[위팔의 깊게 찢긴 상처(심부 열창)로 인한 삼각근, 이두근 근육힘줄 파열을 포함한다] 10. 아킬레스힘줄 파열

		11. 소아의 위팔뼈 몸통 골절(분쇄 골절을 포함한다)로 수술한 부상 12. 결막, 공막, 망막 등의 자체 파열로 봉합술을 시행한 부상 13. 목알뼈 골절(목부위는 제외한다) 14. 개방정복을 시행하지 않은 소아의 정강이뼈·종아리뼈 아래의 3분의 1 이상의 분쇄 골절 15. 개방정복을 시행한 소아의 정강이뼈 분쇄 골절 16. 23개 이상의 치아에 보철이 필요한 부상 17. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 부상
6급	700만원	1. 소아의 다리 장관골 골절(분쇄 골절 또는 성장판 손상을 포함한다) 2. 넓적다리뼈 대전자부 절편 골절 3. 넓적다리뼈 소전자부 절편 골절 4. 다발성 발바닥뼈(중족골을 말한다. 이하 같다) 골절 5. 두덩뼈·궁동뼈·영덩뼈·영치뼈의 단일 골절 또는 꼬리뼈 골절로 수술한 부상 6. 두덩뼈 상·하지 골절 또는 양측 두덩뼈 골절 7. 단순 손목뼈 골절 8. 노뼈 몸통 골절(면측부위 골절은 제외한다) 9. 자뼈 몸통 골절(몸쪽부위 골절은 제외한다) 10. 자뼈 팔꿈치 머리 부위 골절 11. 다발성 손바닥뼈 골절 12. 머리뼈 골절로 신경학적 증상이 경미한 부상 13. 외상성 경막밑 수종, 수혈액 낭종, 거미막밑 출혈 등으로 수술하지 않은 부상[천공술(원형절제술)을 시행한 경우를 포함한다] 14. 갈비뼈 골절이 없이 혈액가슴증 또는 공기가슴증이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 부상 15. 위팔뼈 대결절 견연 골절로 수술을 시행한 부상 16. 넓적다리뼈 또는 넓적다리뼈 관절염기 찢김 골절 17. 19개 이상 22개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 18. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 부상
7급	500만원	1. 소아의 팔 장관골 골절 2. 발목관절 안쪽 복사뼈 또는 바깥쪽 복사뼈 골절 3. 위팔뼈 위관절염기 급원골절 4. 영덩관절 탈구 5. 어깨 관절 탈구 6. 봉우리빛장 탈구, 관절낭 또는 봉우리빛장 인대 파열 7. 발목관절 탈구 8. 천장관절 분리 또는 두덩뼈 결합부 분리 9. 다발성 얼굴 머리뼈 골절 또는 신경손상과 동반된 얼굴 머리뼈 골절 10. 16개 이상 18개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 11. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 부상
8급	300만원	1. 위팔뼈 결절부위 평골절 또는 위팔뼈 대결절 찢김 골절로 수술하지 않은 부상 2. 쇄골(빛장뼈를 말한다. 이하 같다) 골절 3. 팔꿈치관절 탈구 4. 어깨뼈(어깨뼈가시 또는 체부, 흉곽 내 탈구, 어깨뼈목, 복사, 견봉돌기 및 어깨뼈부리돌기를 포함한다) 골절 5. 봉우리빛장 인대 또는 오구쇄골 인대 완전 파열 6. 팔꿈치관절 안 위팔뼈 작은 머리 골절

		7. 종아리뼈 골절, 종아리뼈 몸쪽부위 골절(신경손상 또는 관절면 손상을 포함한다) 8. 발가락뼈의 골절과 탈구가 동반된 부상 9. 다발성 갈비뼈 골절 10. 뇌 타박상(소량의 출혈이 뇌 전체에 퍼져 있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 경미한 부상 11. 얼굴부위 찢김상처, 두개부 타박 등에 의한 뇌손상이 없는 뇌신경손상 12. 위턱뼈, 아래턱뼈, 이틀뼈, 얼굴 머리뼈 골절 13. 안구 적출술 없이 시신경의 손상으로 실명된 부상 14. 족부 인대 파열(부분 파열은 제외한다) 15. 13개 이상 15개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 16. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 부상
9급	240만원	1. 척추골의 가시돌기, 가로돌기 골절 또는 하관절 돌기 골절(다발성 골절을 포함한다) 2. 노뼈 뼈머리 골절 3. 손목관절 내 반달뼈(월상골) 앞쪽 이탈 등 손목뼈 탈구 4. 손가락뼈의 골절과 탈구가 동반된 부상 5. 손바닥뼈 골절 6. 손목 골절(손배뼈는 제외한다) 7. 발목뼈 골절(목알뼈·팔꿈치뼈는 제외한다) 8. 발바닥뼈 골절 9. 발목관절부위 뺨, 정강이뼈·종아리뼈 분리, 족부 인대 또는 아킬레스힘줄의 부분 파열 10. 갈비뼈, 복장뼈(흉골), 갈비연골(늑연골) 골절 또는 단순 갈비뼈 골절과 혈액가슴증, 공기가슴증이 동반되어 수술을 시행하지 않은 경우 11. 척추체간 관절부위가 빠져 그 부근의 연부조직(인대, 근육 등을 포함한다) 손상이 동반된 부상 12. 척수 손상으로 마비증상이 없고 수술을 시행하지 않은 경우 13. 손목관절 탈구(노뼈, 손목뼈 관절 탈구, 손목뼈사이 관절 탈구 및 면측 노자관절 탈구를 포함한다) 14. 꼬리뼈 골절로 수술하지 않은 부상 15. 무릎관절부위 인대의 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 경우 16. 11개 이상 12개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 17. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 부상
10급	200만원	1. 외상성 무릎관절 안 혈종(활액막염을 포함한다) 2. 손허리손가락관절 탈구 3. 손목뼈, 손바닥뼈 간 관절 탈구 4. 팔부위 각 관절부(어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다) 뺨 5. 자뼈·노뼈 뺨돌기 골절, 제물완전골절(코뼈 골절, 손가락뼈 골절 및 발가락뼈 골절은 제외한다) 6. 손가락 평근힘줄 파열 7. 9개 이상 10개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 8. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 부상
11급	160만원	1. 발가락뼈 관절 탈구 및 뺨 2. 손가락 골절·탈구 및 뺨 3. 코뼈 골절 4. 손가락뼈 골절 5. 발가락뼈 골절 6. 뇌진탕

		7. 고막 파열 8. 6개 이상 8개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 9. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 부상
12급	120만원	1. 8일 이상 14일 이하의 입원이 필요한 부상 2. 15일 이상 26일 이하의 통원 치료가 필요한 부상 3. 4개 이상 5개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상
13급	80만원	1. 4일 이상 7일 이하의 입원이 필요한 부상 2. 8일 이상 14일 이하의 통원 치료가 필요한 부상 3. 2개 이상 3개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상
14급	50만원	1. 3일 이하의 입원이 필요한 부상 2. 7일 이하의 통원 치료가 필요한 부상 3. 1개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상

※ 비교

1. 2급부터 11급까지의 부상 내용 중 개방성 골절은 해당 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
2. 2급부터 11급까지의 부상 내용 중 단순성 선상 골절로 인하여 골편의 뼈가 어긋난 경우가 아닌 골절은 해당 등급보다 한 등급 낮은 금액으로 배상한다.
3. 2급부터 11급까지의 부상 중 2가지 이상의 부상이 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 부상으로부터 하위 3등급(예: 부상 내용이 주로 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 부상이 중복된 경우에만 가장 높은 부상 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
4. 일반 외상과 치아 보철이 필요한 부상이 중복된 경우 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 부상 등급별로 해당하는 금액의 합산액을 배상한다.

법규52 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. <개정 2011. 9. 15., 2013. 5. 22., 2023. 3. 4.>
 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. <신설 2011. 9. 15.>
- 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 국가보훈부장관에게 통보하여야 한다. <개정 2009. 2. 6., 2011. 9. 15., 2023. 3. 4.>
- 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. <개정 2011. 9. 15., 2023. 3. 4.>

- 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. <신설 2016. 5. 29., 2023. 3. 4.>
 - ⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다. <개정 2011. 9. 15., 2016. 5. 29.>
- [전문개정 2008. 3. 28.]

특별약관 (가나다순)

(1~9)

6대기관양성종양(폴립포함)수술(연간1회한, 급여)(갱신형)보장 특별약관 242

(ㄱ)

갑상선암수술후호르몬약물치료(갱신형)보장 특별약관 193

갑상선항진증치료(최초1회한)(갱신형)보장 특별약관 231

(ㄴ)

남성생식기암진단(갱신형)보장 특별약관 80

뇌정위적방사선수술(연간1회한, 급여)(갱신형)보장 특별약관 240

뇌혈관질환진단(갱신형)보장 특별약관 236

(ㄷ)

다빈치로봇암수술(최초1회한)(갱신형)보장 특별약관 200

(ㄹ)

로봇암수술(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관 266

로봇암수술(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형)보장 특별약관 262

(ㄴ)

만기고객보험료할인 제도특별약관 294

말기암호스피스통증완화치료(입원형, 가정형, 최초1회한)(갱신형)보장 특별약관 232

(ㅂ)

보험료 자동납입 제도특별약관 293

보험료납입면제대상(갱신형)보장 특별약관 254

(ㅅ)

사망보험금 선지급 제도특별약관 289

심뇌혈관질환수술(갱신형)보장 특별약관 241

(ㅇ)

암MRI촬영검사(연간1회한, 급여)(갱신형)보장 특별약관 223

암사망(갱신형)보장 특별약관 251

암수술(갱신형)보장 특별약관 195

암수술(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)보장 특별약관 155

암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(연간1회한, 진단후10년)(갱신형)보장 특별약관 118

암주요치료비Ⅱ(연간1회한, 진단후10년)(갱신형)보장 특별약관 111

암주요치료비Ⅱ(연간1회한, 진단후5년)(갱신형)보장 특별약관 100

암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(유사암제외)(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관 136

암주요치료비Ⅲ(유사암제외)(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관 124

암주요치료비Ⅳ(치료당, 진단후10년)(갱신형)보장 특별약관 274

암직접치료입원일당(1~180일, 요양병원제외)(갱신형)보장 특별약관 205

암직접치료통원일당(상급종합병원)(갱신형)보장 특별약관 217

암직접치료통원일당(종합병원)(갱신형)보장 특별약관 214

암진단Ⅱ(소액암)(갱신형)보장 특별약관 72

암진단Ⅱ(일반암)(갱신형)보장 특별약관 71

암특정재활치료(1일1회, 연간10회한, 급여)(갱신형)보장 특별약관 225

암특정통증완화치료(연간1회한, 급여)(갱신형)보장 특별약관 228

양전자방출단층촬영검사지원비(PET)(연간1회한, 급여)(갱신형)보장 특별약관 283

여성특정암진단(갱신형)보장 특별약관 81

요양병원암입원일당(1~90일)(갱신형)보장 특별약관 208

위·십이지장·대장양성종양(폴립포함)진단(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관 235

유방주요치료비(갱신형)보장 특별약관 269

유사암주요치료비Ⅲ(상급종합병원(국립암센터포함))(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관 159

유사암주요치료비Ⅲ(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관 149

유사암진단Ⅱ(갱신형)보장 특별약관 74

응급실내원진료비(응급)(갱신형)보장 특별약관 284

의료사고법률비용(갱신형)보장 특별약관 287

이륜자동차 운전중 상해 부담보 제도특별약관 293

(ㅈ)

장애인전용보험전환 제도특별약관 295

재진단암진단(기타피부암및갑상선암)(갱신형)보장 특별약관 89

재진단암진단Ⅱ(갱신형)보장 특별약관 85

전이암수술(갱신형)보장 특별약관 198

전이암요양병원입원일당(1~90일)(갱신형)보장 특별약관 212

전이암직접치료입원일당(1~180일, 요양병원제외)(갱신형)보장 특별약관 210

전이암진단(최초1회한)(갱신형)보장 특별약관 76

전이암표적항암약물허가치료(갱신형)보장 특별약관 145

전이암표적항암약물허가치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관 178

전이암항암방사선(세기조절)치료(갱신형)보장 특별약관	154
전이암항암방사선(세기조절)치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	187
전이암항암방사선(양성자)치료(갱신형)보장 특별약관	152
전이암항암방사선(양성자)치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	186
전이암항암방사선치료(갱신형)보장 특별약관	144
전이암항암방사선치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	177
전이암항암약물치료(갱신형)보장 특별약관	143
전이암항암약물치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	175
전이암항암호르몬약물허가치료(갱신형)보장 특별약관	149
전이암항암호르몬약물허가치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	182
전자서명 제도특별약관	294
중증감상선암진단(갱신형)보장 특별약관	83
중증질환자(신규암)산정특례대상(갱신형)보장 특별약관	93
중증질환자(중복암및재등특암)산정특례대상(갱신형)보장 특별약관	96
지정대리청구서비스 제도특별약관	290
질병사망(갱신형)보장 특별약관	251
질병수술(갱신형)보장 특별약관	238
질병입원일당(1-180일, 종합병원)(갱신형)보장 특별약관	244
질병입원일당(1-180일, 중환자실)(갱신형)보장 특별약관	246
질병입원일당(1-30일, 상급종합병원, 1인실)(갱신형)보장 특별약관	249
질병입원일당(1-30일, 종합병원, 1인실)(갱신형)보장 특별약관	247
질병후유장해(80%이상)(갱신형)보장 특별약관	253

(ㄷ)

카티(CAR-T)항암약물허가치료(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관	189

(ㄹ)

특별조건부(할증보험료법) 제도특별약관	293
특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 제도특별약관	291
특정NGS유전자패널검사(연간1회한, 급여)(갱신형)보장 특별약관	219
특정바이러스질환진단(최초1회한)(갱신형)보장 특별약관	237
특정생검조직병리검사(연간1회한, 급여)(갱신형)보장 특별약관	222
특정암진단(갱신형)보장 특별약관	78

(표)

표적항암약물허가치료(갱신형) 특별약관	130
표적항암약물허가치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)보장 특별약관	163
표적항암약물허가치료(치료당, 진단후10년)(갱신형)보장 특별약관	255

(ㅎ)

항암방사선(세기조절)치료(갱신형)보장 특별약관	140

항암방사선(세기조절)치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)보장 특별약관	171
항암방사선(세기조절)치료(치료당, 진단후10년)(갱신형)보장 특별약관	269
항암방사선(양성자)치료(갱신형)보장 특별약관	138
항암방사선(양성자)치료(치료당, 진단후10년)(갱신형)보장 특별약관	265
항암방사선(주요방사성의약품)치료(연간1회한)(갱신형)보장 특별약관	107
항암방사선(중입자)치료(갱신형)보장 특별약관	199
항암방사선치료(갱신형)보장 특별약관	128
항암방사선치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)보장 특별약관	161
항암약물치료(갱신형)보장 특별약관	126
항암약물치료(상급종합병원(국립암센터포함))(갱신형)보장 특별약관	158
항암호르몬약물허가치료(갱신형)보장 특별약관	134
항암호르몬약물허가치료(치료당)(갱신형)보장 특별약관	168
허혈심장질환진단(갱신형)보장 특별약관	237

용어정의 (가나다순)

(ㄱ)

< 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

< 가지급보험금 >

보험금 지급이 늦어지는 경우 보험수익자 청구에 따라 확정된 보험금을 먼저 지급하는 제도

< 강제집행과 담보권실행 >

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

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

< 공제계약 >

공통의 이해관계를 갖는 다수의 집단이 결합해 보험사고가 발생할 위험을 제거하고 공동으로 재산을 형성하는 계약을 말합니다.

< 공탁보증보험료 >

‘공탁보증보험’은 가압류, 가집행, 가처분 신청등 각종 민사사건을 신청함에 있어 권리인(피신청인)의 손해 보전을 위해 법원이 담보 제공을 원할 경우 신청인(보험계약자)이 납부해야 할 공탁금액을 대신하는 상품이며, ‘공탁보증보험료’는 이러한 공탁보증보험에 가입한 사람이 보험자에게 내는 일정한 금액을 말합니다.

< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >

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

(ㄴ)

< 납입기일 >

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

< 납입최고(독촉) >

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

(ㄷ)

< 보상책임을 지는 한도 >

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수

< 법정상속인 >

피상속인의 사망으로 인해 민법에서 정한 상속의 순위에 따라 상속인이 되는 자

< 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. 단, 일부 보장의 경우 별도로 보장개시일을 정할 수 있습니다.

< 보장성보험 >

생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하지 않는 보험을 말합니다.

< 보험가입금액 >

보험가입금액이라 함은 보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

< 보험년도 >

보험계약일부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말합니다.

< 보험요율 >

보험료를 산출하기 위하여 일정한 보험단위 또는 단위위험 당 적용된 비율로서 보험요율에 보험금액을 곱하게 될 경우 보험계약자가 지불하는 보험료가 됩니다.

(ㄹ)

< 사업방법서 >

회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로써, 피보험자의 범위, 보험금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

< 신의료기술평가위원회 >

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

< 신체장애 >

신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.

< 심신상실자 >

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

< 심신박약자 >

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률 행위는 취소할 수 있습니다.

< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람 또는 검사의 청구에 의해 사망한 것으로 보는 법원의 결정으로 민법 제27조(실종의 선고)를 따릅니다.

(으)

< 연대책임 >

여러명의 계약자가 각각 동일한 내용의 책임을 부담하는 관계

< 예금자보호제도 >

예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 및 환급금을 각각 예금자 1인당 1억원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도

< 위법계약 >

금융상품판매업자들이 금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약

(ㅈ)

< 자필서명 >

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

< 중상해 >

사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

(차)

<차량>

자동차관리법 및 도로교통법에서 정한 ‘자동차’ , ‘이륜자동차’ 및 ‘원동기장치자

전거’

※ 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등은 자동차관리법에서 정한 ‘이륜자동차’ , 도로교통법에서 정한 ‘원동기장치자전거’에 포함됩니다. 또한 도로교통법에서 정한 개인형이동장치(시속25킬로미터 미만의 속도제한 및 총량 30킬로그램 미만) 역시 원동기장치자전거에 해당됩니다.

< 계약자적립액 >

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

< 최저보증이율 >

공시이율이 낮아지더라도 회사가 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 0.3%인 경우 공시이율이 0.1%로 낮아지더라도 계약자적립액은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다.

(㉡)

< 타인을 위한 계약 >

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

< 통신판매계약 >

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

(표)

< 표준재보험 >

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 부합하여 위험률을 할인, 할증하지 않은 보험

(ㅎ)

< 할증위험률 >

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 높게 적용되는 위험률

< 해지 >

현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

< 현저하게 공정을 잃은 합의 >

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

A large rectangular area with a blue border, containing horizontal dotted lines for writing.

A large rectangular area with a blue border, containing horizontal dotted lines for writing.

A large rectangular area with a solid blue border, containing horizontal dotted lines for writing.

A large rectangular area with a blue border, containing horizontal dotted lines for writing.