계 약 안 내

본 약관은 귀하께서 가입하신 보험에 대하여
보험회사와 계약자간의
계약조건을 기술한 내용으로서
귀하가 이 보험에 가입하신 때부터
동계약이 소멸될 때까지 저희 회사와 귀하간의
권리, 의무 및 그 이행절차 등을
구체적으로 설명한 규정이므로
꼭 읽어보시고, 소중히 보관하여 주시기 바랍니다.

흥국생명보험주식회사
03184 서울시 종로구 새문안로 68(신문로1가)콜센터 1588-2288 |
www.heungkuklife.co.kr 준법감시인 심의필 : 제26-HK2-0084호 (2026.08.10)

보험코드
P0002401

목 차

보험계약의 중요사항 안내

1. 흥美진진 약관 길잡이 ····· 6

1) 약관 이용 Guide Book ····· 7

2) 약관 요약서 ····· 12

2. 무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관 ····· 25

[선택특약(가나다순)] ····· 61

1) 무배당 갑상선암및기타피부암주요치료특약(연간1회한)(해약환급금미지급형V2)Ⅱ [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 61

2) 무배당 고액암(특정5대암)보장특약Ⅱ 약관[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 70

3) 무배당 다(多)사랑소액암New보장특약(해약환급금미지급형V2) [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 81

4) 무배당 다(多)사랑암진단특약(해약환급금미지급형V2)[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 93

5) 무배당 로봇암(특정암제외)수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)Ⅱ 약관 ····· 103

6) 무배당 로봇특정암수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)Ⅱ 약관 ····· 115

7) 무배당 매년계속받는암진단특약(해약환급금미지급형V2)[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 127

8) 무배당 암(갑상선암및기타피부암제외)주요치료특약Ⅱ(연간1회한)(해약환급금미지급형V2) [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 139

9) 무배당 암납입면제특약 약관 ····· 151

10) 무배당 원투쓰리암진단특약(해약환급금미지급형V2)[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 159

11) 무배당 전립선암주요치료플러스특약(연간1회한)(해약환급금 미지급형V2) [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 171

12) 무배당 전이암진단생활비특약(해약환급금미지급형V2)Ⅱ[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 182

13) 무배당 전이암진단특약(해약환급금미지급형V2)[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 194

14) 무배당 종합병원소액암주요치료+특약(치료별,연간1회한)(해약환급금미지급형V2) [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 206

15) 무배당 종합병원일반암주요치료+특약(치료별,연간1회한)(해약환급금미지급형V2) [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 219

16) 무배당 카티항암약물허가치료특약(연간1회한)(갱신형)Ⅲ 약관 ····· 236

17) 무배당 통합항암약물방사선치료(전이암포함)특약(해약환급금미지급형V2) [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 249

18) 무배당 특정만성질환납입면제특약 약관 ····· 263

19) 무배당 표적항암약물·특정표적방사선허가치료특약(갱신형) 약관 ····· 272

20) 무배당 표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅲ 약관 ····· 293

21) 무배당 하이클래스암주요치료특약(연간1회한)(해약환급금미지급형V2) [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 ····· 309

22) 무배당 하이클래스표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅱ 약관 ····· 320

23) 무배당 하이클래스항암약물치료특약(연간1회한)(해약환급금미지급형V2)
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 337
24) 무배당 항암방사선치료특약Ⅴ(해약환급금미지급형V2)[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 348
25) 무배당 항암세기조절방사선치료특약(갱신형)Ⅱ 약관 360
26) 무배당 항암약물방사선치료(소액암)특약(해약환급금미지급형V2)
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 371
27) 무배당 항암약물치료특약Ⅴ(해약환급금미지급형V2)[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 380
28) 무배당 항암양성자방사선치료특약(갱신형)Ⅱ 약관 392
29) 무배당 항암중입자방사선치료특약(해약환급금미지급형V2)[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] 약관 403

[제도성특약] **413**
1) 대리청구인지정서비스특약 약관 413
2) 보험료납입유예특약Ⅱ 약관 417
3) 장애인전용보험전환특약 약관 421
4) 치료비선지급서비스특약 약관 424
5) 특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관 429

3. 부록 **436**
1) 보험용어해설 436
2) 약관에서 인용된 법령 내용 437

흥美진진 약관 길잡이

(무)흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2)

목차	
	Ⅰ. 약관 이용 Guide Book ≫ 보험약관의 개념 및 구성을 간략하게 소개하여, 내용을 쉽게 찾고 이해하도록 안내
	Ⅱ. 약관 요약서 ≫ 상품과 약관의 핵심내용 및 유의사항, 일반적인 내용을 이미지로 쉽게 설명

※ 내용을 **이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익**을 받을 수 있으므로, 동 **내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정**하시기 바랍니다.

01 약관 이용 Guide Book

1. 보험약관이란?

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

2. 한눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드북	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있는 **지침서**
시각화된 약관 요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 **계약 주요내용 및 유의사항** 등을 **시각적 방법**을 이용하여 **간단 요약한 약관**
보험약관	**주계약(보통약관)**: 기본계약을 포함한 공통사항을 정한 기본약관 **특약(특별약관)**: 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
부록	약관이해를 돕기 위한 어려운 **보험용어해설, 약관에서 인용된 법령 내용** 등을 소비자에게 안내

3. QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)코드란?
스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하시면 보다 자세한 설명을 보실 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	흥국생명 홈페이지
약관해설 동영상	11. 보험금지급절차	홈페이지

4. 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관기준)

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

보험금 지급 및 지급제한 사항	**제3조**(보험금의 지급사유), **제5조**(보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유) *본인이 가입한 특약을 확인하여 **가입특약별 보험금 지급 및 지급제한 사항**도 **반드시 확인 필요**	**P.28** **P.29**	1. 보험금 지급
청약철회	**제17조**(청약의 철회)	**P.33**	2. 청약철회
계약취소	**제18조**(약관교부 및 설명의무 등)	**P.33**	3. 계약취소

계약무효	**제19조**(계약의 무효)	**P.34**	4. 계약무효
계약 전 알릴 의무 및 위반 효과	**제13조**(계약 전 알릴 의무), **제14조**(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	**P.31** **P.31**	5. 계약전알릴의무
보험료 연체 및 해지	**제26조**(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	**P.37**	7. 보험료연체해지
부활(효력회복)	**제27조**(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	**P.37**	8. 부활
해약환급금	**제32조**(해약환급금)	**P.38**	9. 해지환급금
보험계약대출	**제33조**(보험계약대출)	**P.39**	10. 보험계약대출

5. 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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

시각화된 **'약관 요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	**P.12 약관요약서**
'약관 이용 Guide Book'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	**P.7 약관 가이드북**
'가나다순 선택특약'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. *주 계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무부가특약 제외)할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있음	**P.4 목차**
약관 내용 중 어려운 보험용어는 **보험용어해설, 약관 본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	**P.436 보험용어해설**
스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 홈페이지 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다.	**P.7 QR코드**
'약관에서 인용된 법령 내용'을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	**P.437 약관에서 인용된 법령 내용**
약관조항 등이 **음영·컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.	

6. 보험금 청구서류 안내장

<table>
<tr><th>구 분</th><th>구 비 서 류</th></tr>
<tr><td rowspan="2">공 통</td><td>■ 보험금 청구서(개인(신용)정보처리동의서, 수익자 통장 계좌번호 포함)
■ 청구인 신분증 사본</td></tr>
<tr><td>※ (필요시) 추가서류
· 가족관계 확인 필요시 (배우자, 자녀 등의 보장상품 등)
: 가족관계 확인 서류 (가족관계증명서, 주민등록등본, 혼인관계증명서 등)
* 수익자가 미성년자인 경우 미성년자의 기본증명서 추가
· 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서
· 재해사고시 : 사고입증서류 (표 아래 참고)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">사 망</td><td>■【수익자 지정시】사망진단서(시체검안서) 원본 또는 망자기준 기본증명서, 가족관계증명서(사망사실 기재)가 첨부된 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함)</td></tr>
<tr><td>※ (수익자 미지정시) 추가 요청서류
· 상속관계 확인서류
: 망자기준 가족관계증명서, 혼인관계증명서, 舊 제적등본 등
· 상속인이 다수인 경우
: 대표수익자 지정합의서 (회사양식), 상속인 전원의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 상속인 전원의 개인(신용)정보처리동의서</td></tr>
<tr><td>입 원</td><td>■ 진단서 [단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체 가능]
■ 입퇴원확인서 (진단서에 입원기간이 포함된 경우 및 실손의료보험의 경우는 제외)</td></tr>
<tr><td>통 원</td><td>■ 진단서, 통원확인서, (통원일자별)처방전, 진료확인서, 소견서, 진료차트 등 진단명, 통원일자 및 기간이 포함된 서류
※ 치과, 안과, 응급실 통원의 경우 진료비계산서(영수증) 추가</td></tr>
<tr><td>진 단</td><td>■ 진단서
■ 진단사실 확인서류
<table><tr><td>암</td><td>· (암진단 확진이 가능한) 조직검사결과지
※ 조직검사가 불가능한 경우
- 대체검사결과지(MRI, CT, 방사선판독지 등)
※ 혈액암 (골수검사결과지)</td></tr><tr><td>뇌졸중</td><td>· 정밀검사결과지 (CT, MRI 등)</td></tr><tr><td>급성심근경색</td><td>· 심전도 검사결과지, 심장초음파 검사결과지, 관상동맥조영술 검사결과지, 혈액(효소)검사결과지</td></tr></table>※ 암병기에 따른 보장상품의 경우 : 사고증명서(회사양식) 추가</td></tr>
<tr><td>골 절</td><td>■ 진단서.진료확인서.소견서.진료차트 등 진단명이 포함된 서류</td></tr>
<tr><td>수 술</td><td>■ 진단서.수술확인서 등 진단명, 수술명, 수술일자가 포함된 서류</td></tr>
<tr><td rowspan="2">장 해</td><td>■ 후유장해진단서
※ 발급전 당사 콜센터(1588-2288) 또는 접수담당자와 상의하시기 바랍니다.</td></tr>
<tr><td>※ (일반)진단서로 대체 가능한 장해
·만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재
·사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부
·인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재
·비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재</td></tr>
<tr><td>실 손
입 원</td><td>■ 진단서 (단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체 가능)
■ 진료비계산서(영수증), 진료비세부내역서</td></tr>
</table>

구 분		구 비 서 류
실 손 통 원		■ 진단서, 통원확인서, (통원일자별)처방전, 진료확인서, 소견서, 진료차트 등 진단명, 통원일자 및 기간이 포함된 서류 [단, 5만원 이하 실손 의료보험의 경우 (산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등 제외) 진료비계산서(영수증)로 갈음] ■ 진료비계산서(영수증), 약제비계산서(영수증)
태 아 보 험	신생아입원비	■ 출생증명서 또는 가족관계증명서 ■ 진단서 [단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 갈음] ■ 입퇴원확인서* (인큐베이터 사용시 해당기간 명시) * 진단서에 입원기간(인큐베이터 사용기간)이 포함된 경우는 제외
	유산	■ 진단서(유산)
	사산	■ 사산증명서(사산)

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

※ 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는『**진단명**』및『**질병분류코드**』가 **기재**되어 있어야 합니다.

< 재해 입증서류 >

1. 교통사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서
2. 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
3. 군인재해사고 : 공무상병인증서
4. 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
5. 기타 재해사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서
6. 확인서류 발급불가 재해사고 : 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 재해사고내용 기재

7. 주요 민원사례

유형	보장내용 상이 관련
내용	40세 여자인 A고객은 건강, 상해 등의 걱정으로 보험상품을 알아보던 중 OO상해보험을 가입하게 됨. 가입당시 설계사B씨로부터 OO상해보험은 재해사망, 교통사망 등 모든 사망에 대한 보장이 다 된다고 설명을 들음. A고객은 청약서에 서명 이후 보험료는 자동이체로 납입되었으며 약관, 증권, 상품설명서 등의 서류를 정상적으로 전달받음. 몇 달 뒤, 우연히 상품설명서를 읽어보던 중 설계사B에게 설명 받았던 보장내용과 상이한 점을 발견하여 콜센터에 문의하게 됨. 모든 사망에 대해 보장하는 상품이 아닌 점을 확인 후 부실설명을 이유로 민원을 제기함.
유의사항	보장내용에 대한 사항은 보험 상품 가입 시 가장 기본이 되므로 계약자가 정확한 내용을 확인 후 가입하여야 합니다.

8. 자필서명

※ 보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못 할 수도 있습니다.
다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

9. 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지(www.heungkuklife.co.kr)**, **고객콜센터(1588-2288)**로 문의 가능

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

02 약관 요약서

1. 보험계약의 개요

(1) 상품의 특징 이해하기

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2)

◎ **무배당** : 계약자 배당이 없는 상품입니다.
◎ **종신보험** : 종신토록 사망보험금을 보장하는 상품입니다.
◎ **해약환급금 미지급형V2** : **보험료 납입기간 중** 계약이 해지될 경우 **해약환급금을 지급하지 않으며**, **보험료 납입기간이 경과된 이후** 계약이 해지될 경우 "해지율을 적용하지 않는 동일한 보장내용의 상품"(표준형)의 **해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급합니다.**

※ 본 약관 요약서 설명시에는 해약환급금 미지급형V2의 경우 명칭에서 괄호(해약환급금 미지급형V2)를 생략하여 설명합니다.

(2) 상품의 구조 및 보장내용

상품의 구조

■ 지급예시(주계약가입금액 100만원)

※ **이미 납입한 보험료**란 주계약 보통보험약관 제2조(용어의 정의)에 따라 계약자가 회사에 납입한 **주계약 기본보험료의 합계(특약보험료 제외)**를 말하며, 보험료 납입이 면제된 경우에는 보험료의 납입이 면제된 기간에도 정상적으로 기본보험료가 납입된 것으로 보고 이미 납입한 보험료를 계산합니다.

※ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하였을 때 **상기의 사망보험금과 이미 납입한 보험료 중 큰 금액을 사망보험금**으로 지급합니다.

상품의 보장내용

	사 망

2. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

(1) 보험금 지급제한사항

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

피보험자 사망시

사 망

피보험자가 보험기간 중 **사망**하였을 경우 **사망당시 주계약의 사망보험금 및 선택특약의 계약자적립액**을 지급하지 않습니다. 다만, 아래의 특약들은 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.

특약명
(무)로봇암(특정암제외)수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)II
(무)로봇특정암수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)II
(무)항암세기조절방사선치료특약II(갱신형)
(무)항암양성자방사선치료특약II(갱신형)
(무)하이클래스표적항암약물허가치료특약II(갱신형)
(무)표적항암약물허가치료특약III(갱신형)
표적항암약물·특정표적방사선허가치료특약(갱신형)
(무)카티항암약물허가치료특약III(연간1회한)(갱신형)

※ 다만, 보험금 지급사유 발생 후 사망하여 해당 보험금을 지급하고 계약이 소멸한 경우 해당 계약의 계약자적립액을 지급하지 않음

면책기간

면책기간
보험금
미지급

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

『면책기간 적용 담보』

- 가입 후 **90일**간 보장 제외

구분	담보명
갑상선암및기타피부암주요치료특약(연간1회한)II	갑상선암및기타피부암주요치료비
고액암(특정5대암)보장특약II	고액암진단급여금
로봇암(특정암제외)수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)II	다빈치또는레보아이로봇암(특정암제외)수술급여금
로봇특정암수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)II	다빈치또는레보아이로봇특정암수술급여금
암(갑상선암및기타피부암제외)주요치료특약II(연간1회한)	암(갑상선암및기타피부암제외)주요치료비
원투쓰리암진단특약 원투쓰리암진단특약(갱신형)	세번받는암진단급여금
전립선암주요치료플러스특약(연간1회한)	전립선암 주요치료보험금
	급여 전립선암 생분해성 물질주입술 보험금
전이암진단생활비특약II	전이암진단생활자금
전이암진단특약	전이암진단급여금
종합병원일반암주요치료+특약(치료별,연간1회한)	종합병원수술급여금
	종합병원항암약물치료(호르몬약물치료제외)급여금
	종합병원항암방사선치료급여금
	종합병원중환자실치료급여금
	다빈치또는레보아이로봇암(특정암제외)수술급여금
	종합병원급여암특정통증완화치료급여금

종합병원소액암주요치료+특약(치료별,연간1회한)	종합병원수술급여금
	종합병원항암약물치료 (호르몬약물치료제외)급여금
	종합병원항암방사선치료급여금
	종합병원중환자실치료급여금
	다빈치또는레보아이로봇특정암수술급여금
통합항암약물방사선치료(전이암포함)특약	통합항암약물방사선치료비
하이클래스암주요치료특약(연간1회한)	하이클래스암주요치료비
하이클래스항암약물치료특약(연간1회한)	하이클래스항암약물치료비
항암방사선치료특약V	암항암방사선치료비
항암약물치료특약V	암항암약물치료비

- 가입 후 **90일간** 보장 제외(단, 갑상선암·기타피부암 **제외**)

구분	담보명
카티항암약물허가치료특약(연간1회한)(갱신형)Ⅲ	카티항암약물허가치료보험금
표적항암약물·특정표적방사선허가치료특약(갱신형)	표적항암약물·특정표적방사선 (방사성리간드치료제)보험금
표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅲ	표적항암약물허가치료보험금
하이클래스표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅱ	하이클래스표적항암약물허가치료보험금
항암세기조절방사선치료특약(갱신형)Ⅱ	항암세기조절방사선치료보험금
항암양성자방사선치료특약(갱신형)Ⅱ	항암양성자방사선치료보험금
항암중입자방사선치료특약	항암중입자방사선치료보험금

- 가입 후 **60일**간 보장 제외

구분	담보명
다(多)사랑소액암New보장특약	중증갑상선암진단급여금
다(多)사랑암진단특약	암진단급여금

※ 갱신형 특약에서 갱신계약의 경우 면책기간을 적용하지 않음

※ 상기 특약 중 카티항암약물허가치료특약(연간1회한)(갱신형)Ⅲ, 표적항암약물·특정표적방사선허가치료특약(갱신형), 표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅲ, 하이클래스표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅱ, 항암세기조절방사선치료특약(갱신형)Ⅱ, 항암양성자방사선치료특약(갱신형)Ⅱ, 항암중입자방사선치료특약, 항암방사선치료특약V, 항암약물치료특약V의 경우 갑상선암 또는 기타피부암으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 경우 면책기간을 적용하지 않음

※ 다만, 매년계속받는암진단특약의 재진단암진단급여금의 경우 **재진단암 진단일이 "첫 번째 암" 또는 직전 "재진단암" 진단확정일**부터 그날을 포함하여 **1년 미만**인 경우 **보험금을 지급하지 않음**

※ 다만, 원투쓰리암진단특약의 세번받는암진단급여금의 경우 **두번째암 진단일이 "첫 번째 암" 진단확정일**부터 그날을 포함하여 **1년 미만**인 경우 또는 **세번째암 진단일이 "두 번째 암" 진단확정일**부터 그날을 포함하여 **1년 미만**인 경우 **보험금을 지급하지 않음**

[민원 사례]
A씨는 암보험 가입 후 1개월이 지나서 위암을 판정받아 보험회사에 암 진단비를 청구
→ **보험회사**는 보험가입 후 **60일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움**을 안내

감액지급

감액지급 %

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

『감액지급 적용 담보』

- 가입 후 **1년 이내 재해 이외의 원인**으로 사망시 **이미 납입한 보험료*** 지급
- 가입 후 **5년 이후 재해 이외의 원인**으로 사망시 **보험가입금액의 50%** 지급

구분	담보명
주계약	사망보험금

- 유방암의 경우 가입 후 **180일** 미만 보험가입금액의 **10%**지급

구분	담보명
다(多)사랑암진단특약	암진단급여금

- 가입 후 **180일** 미만 보험가입금액의 **10%**지급

구분	담보명
원투쓰리암진단특약 원투쓰리암진단특약(갱신형)	세번받는암진단급여금

- 가입 후 **1년**간 보험가입금액의 **50%** 지급

구분	담보명
고액암(특정5대암)보장특약Ⅱ	고액암진단급여금
다(多)사랑암진단특약	암진단급여금(유방암)
전이암진단특약	전이암진단급여금
카티항암약물허가치료특약(연간1회한)(갱신형)Ⅲ	카티항암약물허가치료보험금
통합항암약물방사선치료(전이암포함)특약	1종 항암약물방사선치료비
	2종 항암약물방사선치료비
	3종 항암약물방사선치료비
표적항암약물·특정표적방사선허가치료특약(갱신형)	표적항암약물·특정표적방사선(방사성리간드치료제)보험금
표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅲ	표적항암약물허가치료보험금
하이클래스표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅱ	하이클래스표적항암약물허가치료보험금
항암세기조절방사선치료특약(갱신형)Ⅱ	항암세기조절방사선치료보험금
항암양성자방사선치료특약(갱신형)Ⅱ	항암양성자방사선치료보험금
항암중입자방사선치료특약	항암중입자방사선치료보험금

- 가입 후 **1년**간 보험가입금액의 **50%** 지급(단, 가입 후 **180일** 미만 보험가입금액의 **25%** 지급)

구분	담보명
로봇암(특정암제외)수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)Ⅱ	다빈치또는레보아이로봇암(특정암제외)수술급여금
로봇특정암수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)Ⅱ	다빈치또는레보아이로봇특정암수술급여금

- 가입후 **1년미만 최초진단 확정시** 보험금 지급기간 동안 보험가입금액의 **50%** 지급

특약명	급여명
하이클래스암주요치료특약(연간1회한)	하이클래스암주요치료비
하이클래스항암약물치료특약(연간1회한)	하이클래스항암약물치료비

※ **갱신계약**의 경우 보험금을 삭감하여 지급하지 않음
※ **이미 납입한 보험료**란 주계약 보통보험약관 제2조(용어의 정의)에 따라 계약자가 회사에 납입한 **주계약 기본보험료의 합계(특약보험료 제외)**를 말하며, 보험료 납입이 면제된 경우에는 보험료의 납입이 면제된 기간에도 정상적으로 기본보험료가 납입된 것으로 보고 이미 납입한 보험료를 계산합니다

보장한도

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

『보장한도 적용 담보』

- **최초 1회**에 한해 보장

구분	담보명
고액암(특정5대암)보장특약Ⅱ	고액암진단급여금
다(多)사랑소액암New보장특약	중증갑상선암진단급여금
다(多)사랑암진단특약	암진단급여금
로봇암(특정암제외)수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)Ⅱ	다빈치또는레보아이로봇암(특정암제외)수술급여금
로봇특정암수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)Ⅱ	다빈치또는레보아이로봇특정암수술급여금
전이암진단특약	전이암진단급여금
표적항암약물·특정표적방사선허가치료특약(갱신형)	표적항암약물·특정표적방사선(방사성리간드치료제)보험금
표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅲ	표적항암약물허가치료보험금
하이클래스표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅱ	하이클래스표적항암약물허가치료보험금
항암방사선치료특약Ⅴ	암항암방사선치료비
항암세기조절방사선치료특약(갱신형)Ⅱ	항암세기조절방사선치료보험금
항암약물치료특약Ⅴ	암항암약물치료비
항암양성자방사선치료특약(갱신형)Ⅱ	항암양성자방사선치료보험금
항암중입자방사선치료특약	항암중입자방사선치료보험금

- **최초 진단확정일**부터 **연간 1회**에 한해 보장

구분	담보명
하이클래스암주요치료특약(연간1회한)	하이클래스암주요치료비
하이클래스항암약물치료특약(연간1회한)	하이클래스항암약물치료비

- **진단확정일부터 연간 1회**에 한해 보장

구분	담보명
갑상선암및기타피부암주요치료특약(연간1회한)Ⅱ	갑상선암및기타피부암 주요치료비
암(갑상선암및기타피부암제외)주요치료특약Ⅱ(연간1회한)	암(갑상선암 및기타피부암제외)주요치료비
종합병원소액암주요치료+특약(치료별,연간1회한)	종합병원수술급여금
	종합병원항암약물치료 (호르몬약물치료제외)급여금
	종합병원항암방사선치료급여금
	종합병원중환자실치료급여금
	다빈치또는레보아이로봇특정암수술급여금
종합병원일반암주요치료+특약 (치료별,연간1회한)	종합병원수술급여금
	종합병원항암약물치료 (호르몬약물치료제외)급여금
	종합병원항암방사선치료급여금

	종합병원중환자실치료급여금
	다빈치또는레보아이로봇암(특정암제외)수술급여금
	종합병원급여암특정통증완화치료급여금

- **계약일부터 연간 1회**에 한해 보장

구분	담보명
전립선암주요치료플러스특약(연간1회한)	전립선암주요치료보험금
	급여 전립선암 생분해성 물질주입술 보험금
카티항암약물허가치료특약(연간1회한)(갱신형)Ⅲ	카티항암약물허가치료보험금

- **각 최초 1회**에 한해 보장

구분	담보명
다(多)사랑소액암New보장특약	소액암*(중증갑상선암제외) 진단급여금
항암약물치료특약V	소액암*항암약물치료비
항암방사선치료특약V	소액암*항암방사선치료비
항암약물방사선치료(소액암)특약	소액암*항암약물방사선치료비
원투쓰리암진단특약 원투쓰리암진단특약(갱신형)	세번받는암진단급여금
통합항암약물방사선치료(전이암포함)특약	통합암**항암약물방사선치료비

* 소액암 : 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양
** 통합암

1종 : 골·피부 등 전신부위암(전이포함)
2종 : 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)
3종 : 생식기암(전이포함)
4종 : 두경부암(전이포함)
5종 : 위암 및 식도암(전이포함)
6종 : 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)
7종 : 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)
8종 : 흉곽내 기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)
9종 : 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)
10종 : 혈액암(전이포함)

재해 관련 유의사항

◉ 주계약에서 **질병이나 체질적인 요인이 있는 자**로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 **재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.**

수술의 정의

◉ 수술보험금은 **해당 특약에서 정의한 수술만을** 지급대상으로 합니다.

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

특약명
갑상선암및기타피부암주요치료특약(연간1회한)II
로봇암(특정암제외)수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)II
로봇특정암수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)II
암(갑상선암및기타피부암제외)주요치료특약II(연간1회한)
전립선암주요치료플러스특약(연간1회한)
종합병원소액암주요치료+특약(치료별,연간1회한)
종합병원일반암주요치료+특약(치료별,연간1회한)
하이클래스암주요치료특약(연간1회한)

갱신 관련 유의사항

◉ 아래 특약의 보험기간은 각각 열거된 만기에 따르며, 최초가입 후 **해당 만기가 도래할 때마다 갱신(다만, 최종 갱신계약은 1년에서 (해당 만기-1년)까지 가능)합니다.**

◉ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등에 따라 최초계약 당시보다 **인상될 수 있습니다.**

특약명	만기
원투쓰리암진단특약(갱신형)	10/20년
로봇암(특정암제외)수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)II	10/20년
로봇특정암수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)II	10/20년
카티항암약물허가치료특약(연간1회한)(갱신형)III	10/20년
표적항암약물·특정표적방사선허가치료특약(갱신형)	10/20년
표적항암약물허가치료특약(갱신형)III	10/20년
하이클래스표적항암약물허가치료특약(갱신형)II	10/20년
항암세기조절방사선치료특약(갱신형)II	10/20년
항암양성자방사선치료특약(갱신형)II	10/20년

※ 갱신을 통해 최종 갱신계약의 보험기간 종료일**(최대 100세)**까지 보장받을 수 있습니다.

납입면제관련 유의사항

◉ 주보험 및 선택특약 : 피보험자가 **50%이상 장해시**

◉ 암납입면제특약을 가입한 경우

피보험자가 **보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암"으로 진단시** 주계약 및 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제
※ **아래 특약의 경우** 암납입면제특약의 보험료 산출시 **고려하지 않습니다.**

암납입면제특약의 보험료 산출시 고려하지 않는 특약
(무)2대질병납입면제특약
(무)15대보장납입면제특약
(무)중증이상장기요양납입면제특약
(무)특정만성질환납입면제특약
암진단특약V
고액암(특정5대암)보장특약II
유방암(수용체타입별)진단특약
여성암보장특약
전이암진단특약
전이암진단생활비특약II
하이클래스암주요치료특약(연간1회한)
하이클래스항암약물치료특약(연간1회한)

◉ 특정만성질환납입면제특약을 가입한 경우

피보험자가 **보험기간 중 특정만성질환보장개시일 이후에 "특정만성질환"으로 진단** 확정 시 주계약 및 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제
* 특정만성질환 : 중증고지혈증(저밀도콜레스테롤 수치 220mg/dL 이상) 또는 중증당뇨병(당화혈색소(HbA1c) 9.5% 이상)
* 특정만성질환보장개시일 : 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날

※ **아래 특약의 경우** 암납입면제특약II의 보험료 산출시 **고려하지 않습니다.**

특정만성질환납입면제특약의 보험료 산출시 고려하지 않는 특약
(무)암납입면제특약
(무)2대질병납입면제특약
(무)15대보장납입면제특약
(무)중증이상장기요양납입면제특약
(무)당뇨병진단특약(심도별)
(무)이상지질혈증(고지혈증포함)보장특약(심도별)

◉ 갑상선암 및 기타피부암은 "암"의 정의에서 제외되는 바, **갑상선암 및 기타피부암으로 진단시**에는 **보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.**
◉ **새로이 갱신되는 계약**에서는 갱신 전에 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 갱신 이후에는 **보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.**

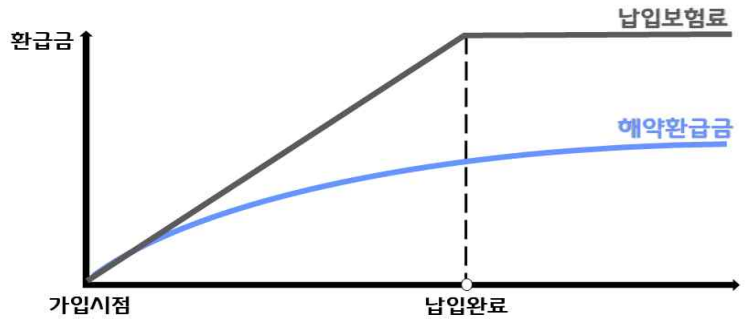
(2) 해약환급금에 관한 사항

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

해약환급금 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있음

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

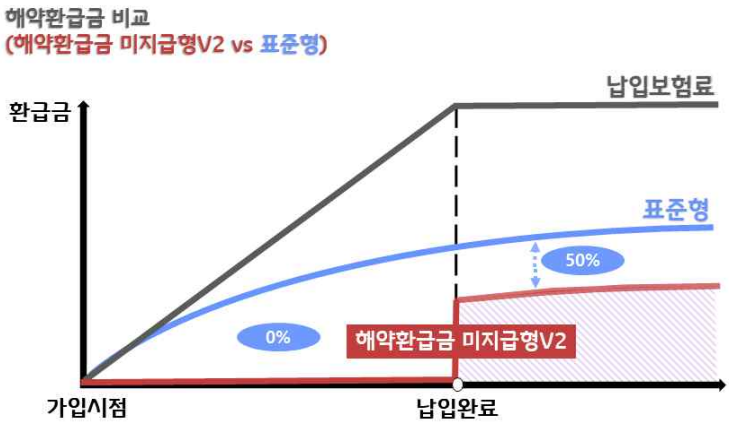
*해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급



해약환급금 0원 납입기간 중 해지시

해약환급금 적음 납입기간 이후 해지시

② **해약환급금 미지급형V2**로 가입시, **납입기간 중** 보험계약을 해지할 경우 **해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후** 해지할 경우 **표준형 상품의 해약환급금의 50%**에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급합니다.



(3) 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험

보장성보험 (사망, 상해, 질병 등)

① 이 보험은 질병 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**

② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

③ 만기시 만기환급금이 없는 순수보장성 상품입니다.

예금자보호제도에 관한 사항

예금자보호 예금보험공사 보호금융상품 1인당 최고 1억원

이 보험은 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 보험료 납부자가 법인인 보험계약의 경우 보호되지 않습니다.

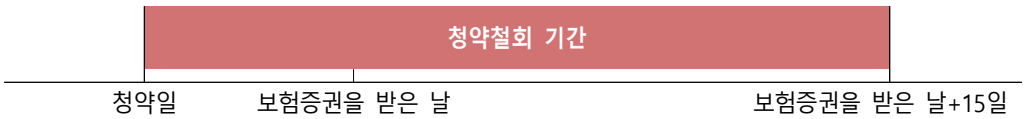
3. 보험계약의 일반사항

(1) 청약을 철회할 수 있는 권리

주계약 약관

제17조(청약의 철회)

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



[청약철회가 불가한 경우]

① **청약일부터 30일**(65세 이상을 계약자로 하는 통신판매보험계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우

② **회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약**, 보험기간이 **90일 이내인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

(2) 보험계약을 취소할 수 있는 권리

주계약 약관

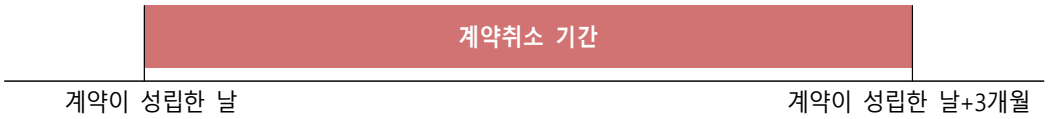
제18조(약관교부 및 설명의무 등)

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

- 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- **보험약관**의 **중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- 보험계약자가 청약서에 **자필서명**(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 경우

※ 계약취소시 지급하는 금액 = 이미 납입한 보험료+이자

* **이미 납입한 보험료** : 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입면제된 보험료는 제외. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액



(3) 보험계약의 무효

주계약 약관

제19조(계약의 무효)

◉ 보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, **이미 납입한 보험료**를 돌려드립니다.

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

(4) 보험계약 전 알릴 의무 및 위반 시 효과

주계약 약관

제13조(계약 전 알릴 의무)
제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

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

[주의사항]

① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 **구두**로 알렸을 경우 **보험계약 전 알릴 의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**

② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항**을 **대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

[민원 사례]

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

➡ 보험회사는 **보험계약**이 **해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**

[법률 지식] [대법원 2007.6.28.선과 2006다59837]

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

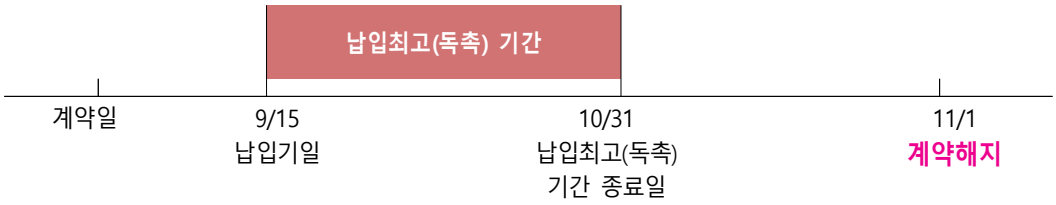
(5) 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

주계약 약관

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

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

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



(6) 해지된 보험계약의 부활

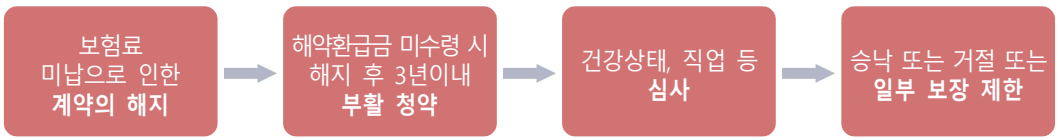
주계약 약관

제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

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

[주의사항]

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



(7) 보험계약대출

◉ 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

주계약 약관

제33조(보험계약 대출)

[주의사항]

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

[예시] 환급금 내역서

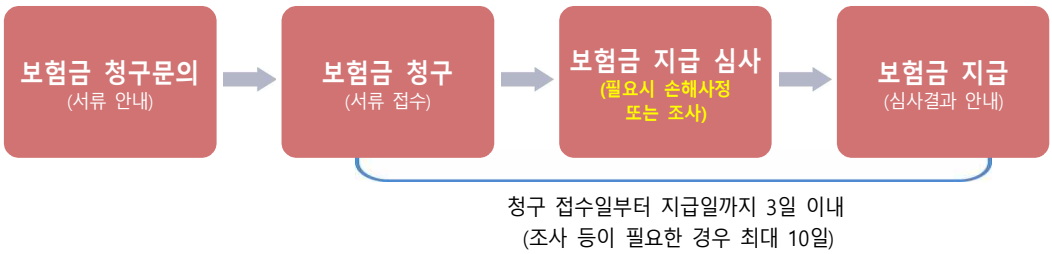
해약환급금	공제금액			실수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원

(8) 보험금 청구 절차 및 서류

◉ **보험금**은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)

주계약 약관

제7조(보험금의 청구)
제8조(보험금의 지급절차)



[주의사항]

소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류**가 **간소화**되는 경우도 있으니, **보험금청구 전**에 보험회사에 **제출서류**를 **확인**하시기 바랍니다.

[보험금 청구서류]

구분	진단서	입.퇴원 확인서	수술 확인서	통원 확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

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

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 27
제 1 조【목적】 ····· 27
제 2 조【용어의 정의】 ····· 27

제2관 보험금의 지급 ····· 28
제 3 조【보험금의 지급사유】 ····· 28
제 4 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 28
제 5 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 29
제 6 조【보험금 지급사유의 발생통지】 ····· 29
제 7 조【보험금의 청구】 ····· 30
제 8 조【보험금의 지급절차】 ····· 30
제 9 조【보험금 받는 방법의 변경】 ····· 30
제 10 조【주소변경통지】 ····· 31
제 11 조【보험수익자의 지정】 ····· 31
제 12 조【대표자의 지정】 ····· 31

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 31
제 13 조【계약 전 알릴 의무】 ····· 31
제 14 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ····· 31
제 15 조【사기에 의한 계약】 ····· 32

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 32
제 16 조【보험계약의 성립】 ····· 32
제 17 조【청약의 철회】 ····· 33
제 18 조【약관교부 및 설명의무 등】 ····· 33
제 19 조【계약의 무효】 ····· 34
제 20 조【계약내용의 변경 등】 ····· 34
제 21 조【보험나이 등】 ····· 35
제 22 조【계약의 소멸】 ····· 36

제5관 보험료의 납입 ····· 36
제 23 조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】 ····· 36
제 24 조【제2회 이후 보험료의 납입】 ····· 36
제 25 조【보험료의 자동대출납입】 ····· 36
제 26 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】 ····· 37
제 27 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】 ····· 37
제 28 조【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】 ····· 37

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 38
제 29 조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】 ····· 38
제 29 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 38
제 30 조【중대사유로 인한 해지】 ····· 38
제 31 조【회사의 파산선고와 해지】 ····· 38
제 32 조【해약환급금】 ····· 38
제 33 조【보험계약대출】 ····· 39
제 34 조【배당금의 지급】 ····· 39

제7관 분쟁조정 등 ····· 39
제 35 조【분쟁의 조정】 ····· 39
제 36 조【관할법원】 ····· 39
제 37 조【소멸시효】 ····· 39

제 38 조【약관의 해석】 40
제 39 조【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】 40
제 40 조【회사의 손해배상책임】 40
제 41 조【개인정보보호】 40
제 42 조【준거법】 40
(별표 1) 보험금 지급기준표 42
(별표 2) 재해분류표 43
(별표 3) 장해분류표 44
(별표 4) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 60

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

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

제 2 조【용어의 정의】

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

1. 계약자
   회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자
   보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권
   계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 진단계약
   계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
5. 피보험자
   보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
6. 중요한 사항
   계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

보험가입금액 한도 제한
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.
일부 보장 제외
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.
보험금 삭감
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생한 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.
보험료 할증
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법을 말합니다.

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

연단위 복리 계산 예시
이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 (원금+이자)에 대하여 이자를 계산하는 방법입니다. 예) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 2년 후 원리금은 얼마인가요? 단리계산법 : 100원 [원금] + (100원×10%) [1년차 이자] + (100원×10%) [2년차 이자] = 120원

복리계산법 :	100원	[원금]
	+ (100원×10%)	[1년차 이자]
	+ [100원+(100원×10%)]×10%	[2년차 이자]
	= 121원	

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

평균공시이율의 확인
평균공시이율은 "금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) → 업무자료 →보험상품자료 → 평균공시이율"에서 확인할 수 있습니다.

9. 해약환급금
   계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

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

10. 보험기간
    계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
11. 보험료 납입기간
    계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)를 말합니다.
12. 영업일
    회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 노동절을 제외합니다.
13. 이미 납입한 보험료
    (1) 계약자가 회사에 납입한 주계약 보험료의 합계(특약보험료 제외)를 말합니다.
    (2) "(1)"에도 불구하고 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 납입면제특약 등에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 보험료 납입이 면제된 기간에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 "(1)"에 따라 「이미 납입한 보험료」를 계산합니다.
    (3) 계약자가 보험가입금액을 감액하는 경우 이미 납입한 보험료는 제20조(계약내용의 변경 등) 제4항에 따라 계산된 보험료와 해당 감액 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하였을 때 보험수익자에게 약정한 사망보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

제 4 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 피보험자가 장해분류표(별표3 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다)중 동일한 재해(별표2 "재해분류표"에서 정한 "재해"를 말합니다. 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제3조(보험금의 지급사유) 및 제22조(계약의 소멸)의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

법원에서 인정한 실종기간
일반 실종의 경우에는 실종 선고를 받은 후 일체의 생사가 전혀 확인되지 않은 채로 5년이 지나면 사망한 것으로 간주합니다. 다만 비행기 추락, 선박 침몰 등 특별 실종의 경우에는 1년이 지나면 사망한 것으로 간주합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.
④ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑫ 보험계약일로부터 1년 미만(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일까지를 말합니다)에 재해 이외의 원인으로 사망시에는 보험가입금액의 50%를 지급합니다.
⑬ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하였을 때 제3조(보험금의 지급사유)의 사망보험금과 이미 납입한 보험료 중 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.
⑭ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해쳐 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 재해를 원인으로 한 사망으로 보아 별표1 "보험금 지급기준표"에서 정한 사망보험금을 지급하며, 계약의 보장개시일부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 재해 이외의 원인으로 인한 사망으로 보아 별표1 "보험금 지급기준표"에서 정한 사망보험금을 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

제 6 조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체

없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 7 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 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.

제 8 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

영업일
영업일은 "토요일", "일요일", "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일" 및 "노동절"을 제외한 날을 의미합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급제도
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 충당해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금입니다.

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강 보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 9 조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

사업방법서
회사의 기초서류 중 하나로서 보험사업 경영에 있어서 필요한 계약의 체결, 유지, 관리에 필요한 사항 등의 취급방법을 기재하는 서류

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.

제 10 조【주소변경통지】

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

② 계약자 또는 보험수익자가 주소 또는 연락처의 변경내용을 제1항에서 정한 대로 알리지 않은 경우, 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 11 조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않는 때에는 보험수익자를 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

법정상속인
피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제 12 조【대표자의 지정】

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

계약자가 2명 이상인 경우
계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.
연대(連帶)
2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 13 조【계약 전 알릴 의무】

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

계약 전 알릴 의무
상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제 14 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년

(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 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.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

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

제 15 조【사기에 의한 계약】

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

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려드립니다.

③ 제2항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 16 조【보험계약의 성립】

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

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

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하

지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

제 17 조【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.

전문금융소비자
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 금융소비자 보호에 관한 법률제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.
일반금융소비자
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(65세 이상을 계약자로 하는 통신판매보험계약의 경우에는 45일로 한다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

통신판매계약
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 18 조【약관교부 및 설명의무 등】

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

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

약관의 중요한 내용
보험업법 시행령 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다. • 청약의 철회에 관한 사항 • 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건

• 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과 • 계약의 취소 및 무효에 관한 사항 • 해약환급금에 관한 사항 • 분쟁조정절차에 관한 사항 • 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건 • 저축성 보험계약의 공시이율 • 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항 • 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 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 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
⑥ 제5항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 19 조【계약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결할 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 20 조【계약내용의 변경 등】

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험료의 납입방법
2. 보험가입금액
3. 계약자
4. 기타 계약의 내용

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

보험수익자의 변경 통지
계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자는 계약자가 회사에게 보험수익자 변경 사실을 통지한 때로부터 그 권리를 행사할 수 있습니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제1호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것(이에 따라 보험료, 보험금 및 적립액(해약환급금)도 줄어듭니다)

④ 제3항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 이미 납입한 보험료는 다음과 같이 계산합니다.

$$\text{감액직후 이미 납입한 보험료} = \text{감액직전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 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 드리고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 21 조【보험나이 등】

① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

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

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

④ 제3항에 의한 보험금 및 보험료로 변경 시 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에 따라 변경당시의 해약환급금을 정산합니다.

보험나이(가입나이) 계산 예시
보험나이는 6개월 단위로 반올림 계산하므로 아래의 예를 참고하시기 바랍니다. 예1] 2002년 7월 20일생이 2030년 1월 1일에 가입한 경우 2030년 1월 1일 - 2002년 7월 20일 만 27년 5개월 12일 ☞ 보험나이 27세 예2] 2002년 7월 20일생이 2030년 5월 10일에 가입한 경우 2030년 5월 10일 - 2002년 7월 20일 만 27년 9개월 20일 ☞ 보험나이 28세

제 22 조【계약의 소멸】
피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 23 조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】
① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장하지 않고, 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려드립니다.

제 24 조【제2회 이후 보험료의 납입】
계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 25 조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제33조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 더 이상 보험료의 자동대출납입을 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출 납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제32조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전

자문서(SMS 포함)등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 26 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

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

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

② 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 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

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

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

④ 제1항부터 제3항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 27 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】

① 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료(특약 보험료 포함)에 평균공시이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지된 계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함)제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 28 조【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

강제집행
국가의 집행기관이 채권자를 위하여 사법상의 청구권을 국가권력을 가지고 강제적으로 실현하는 법적절차
담보권실행
채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 담보권자가 채무를 변제받는 절차

국세 및 지방세 체납체분절차
납세자가 국세 및 지방세를 납부 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세징수법에 따라 행하는 압류 및 공매 처분 등 절차

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 29 조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 29 조의 2【위법계약의 해지】
① 계약자는 금융소비자 보호에 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 제32조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 30 조【중대사유로 인한 해지】
① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 사유
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제 31 조【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 제32조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

제 32 조【해약환급금】
① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험

금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
④ 제29조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약환급금 미지급형V2에 관한 사항
1. 해약환급금 미지급형V2은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 계약이 해지될 경우 "해지율을 적용하지 않는 동일한 보장내용의 상품"(이하 "표준형"이라 합니다) 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급하는 상품입니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 경우라도 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다. 2. 1.에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 표준형의 해약환급금은 "산출방법서"에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다. 3. 회사는 계약체결시 해약환급금 미지급형V2과 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

제 33 조【보험계약대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
③ 회사는 제26조(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.
⑤ 이 계약의 보험계약대출 이율은 회사가 내부 통제기준에 따라 정하여 "회사 홈페이지(www.heungkuklife.co.kr)→공시실→상품공시→적용이율" 에서 공시하고 있습니다.

제 34 조【배당금의 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁조정 등

제 35 조【분쟁의 조정】
① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 금융소비자 보호에 관한 법률 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 36 조【관할법원】
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 37 조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

소멸시효
보험금 등의 지급사유가 발생하였음에도 3년 동안 보험금 등을 청구하지 않는 경우 보험금 등에 대한 권리가 실효되게 하는 제도입니다. 예를 들어, 보험사고가 발생한 때로부터 3년이 경과할 때까지(만약, 2030년 1월 1일 보험사고 발생시 2033년 1월 1일까지)보험금을 청구하지 않는다면 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제 38 조【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.

제 39 조【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 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 40 조【회사의 손해배상책임】

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

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

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

현저하게 공정을 잃은 합의
당사자의 궁박, 경솔 또는 무경험으로 인하여 현저하게 공정을 잃어 무효인 합의를 말합니다.

제 41 조【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 동의 없이 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.

제 42 조【준거법】

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

제 43 조【예금보험에 의한 지급보장】

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

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

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 보험가입금액 100만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
사망보험금 (제3조)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 사망하였을 때	100만원 (단, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 사망시 50만원 지급)

주) 1. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

2. 피보험자가 보험료 납입기간 중 보장개시일 이후에 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3. 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하였을 때 상기의 사망보험금과 이미 납입한 보험료 중 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.

4. 이미 납입한 보험료란 약관 제2조(용어의 정의)에 따라 계약자가 회사에 납입한 주계약 보험료의 합계(특약보험료 제외)를 말하며, 보험료 납입이 면제된 경우에는 보험료의 납입이 면제된 기간에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 이미 납입한 보험료를 계산합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 재해의 정의
   이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
   ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
   ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항
   다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.
   ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
   ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
      - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
      - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
      - 식량부족(X53)
      - 물 부족(X54)
      - 상세불명의 결핍(X57)
      - 고의적 자해(X60~X84)
      - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
   ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(다만, 처치 당시에는 사고에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
   ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
   ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)"중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
   ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행)상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 재해 해당 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
   ※ 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 규정하는 재해에 대한 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 규정하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
   2. 위 1. 재해의 정의 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 재해에 해당되지 않는 사항 ⑥에 해당하더라도 재해의 정의에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

【총 칙】

1. 장해의 정의
   1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
   2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
   3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
   4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
   5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위
   "신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골(어깨뼈·골반뼈·쇄골·가슴뼈·갈비뼈) ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 같은 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 장해의 판정
   1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   2) 동일한 신체부위에 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
   3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
   5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생 시기 ② 장해의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 인하여 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

【장해분류별 판정기준】

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) 〃 0.06 〃	25
5) 〃 0.1 〃	15
6) 〃 0.2 〃	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각유")를 말한다.
4) "한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때"라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.
   ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 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) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해정도를 평가한다.
6) "안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해"라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) "안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) "뚜렷한 시야 장해"라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
10) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
12) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균 순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균 순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균 순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장해

1) "평형기능에 장해를 남긴 때"라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장해소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
   가) 뇌영상검사(CT, MRI)
   나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) "코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) "코의 후각기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상(추한모습)장해의 지급률을 더한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입벌리기)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 심한 개구(입벌리기)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구(입벌리기)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위·아래턱(상.하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입벌리기)운동이 1cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상.하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애(음식물이 식도로 내려가는 과정에서 어려움을 겪는 삼킴장애)가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구(입벌리기)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위·아래턱(상.하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입벌리기)운동이 2cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상.하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애(음식물이 식도로 내려가는 과정에서 어려움을 겪는 삼킴장애)가

있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구(입벌리기)장해는 턱관절의 이상으로 개구(입벌리기)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입벌리기)상태에서 위·아래턱(상.하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 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 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술(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 추상반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/2이상 결손
2) 머리
가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
라) 코의 1/4이상 결손
2) 머리
가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골(어깨뼈·골반뼈·쇄골·가슴뼈·갈비뼈)의 장해로 평가한다.
2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 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 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상.하부[인접 상.하부 척추체(척추뼈 몸통)에 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 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가

장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
   다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
   라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
8) 약간의 운동장해
   머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골(어깨뼈·골반뼈·쇄골·가슴뼈·갈비뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

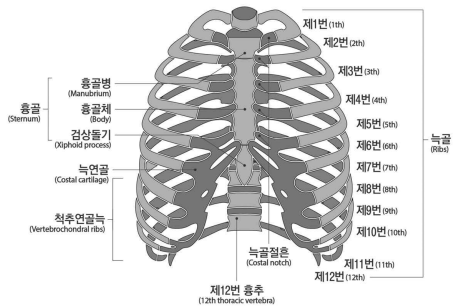
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

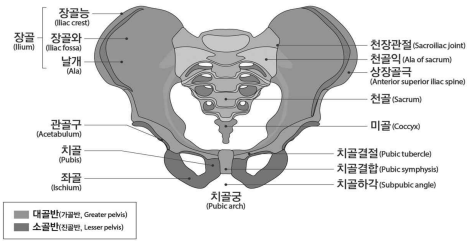
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) "빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) "팔"이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.

4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.

5) "한팔의 손목이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) "관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) "관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) "관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) "가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
12) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
13) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정
1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.
2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) "한다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) "관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) "관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) "관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
12) "가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 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 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
14) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.
2) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

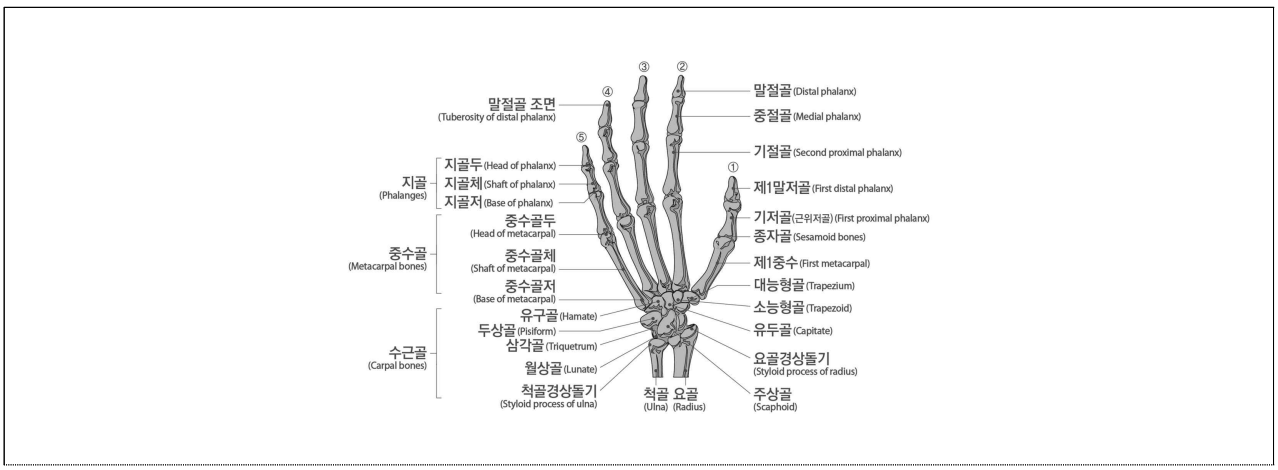
10. 손가락의 장해

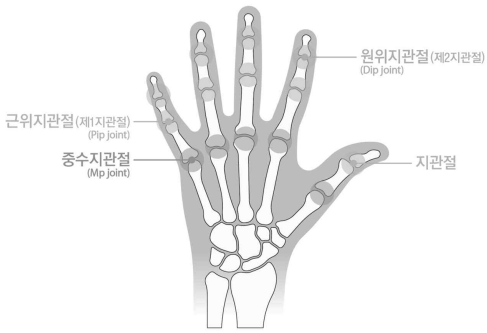
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나 마다)	10
4) 한손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나 마다)	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
6) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
7) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.
9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.





< 손가락 >

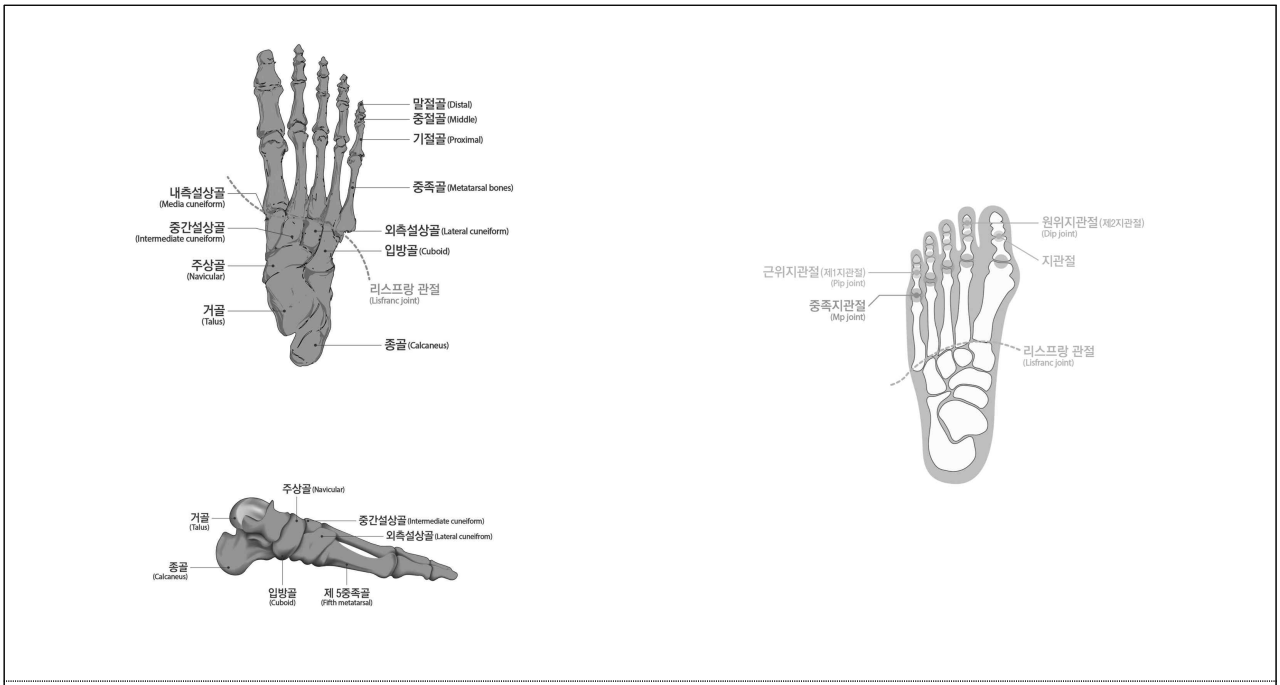
11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나 마다)	5
5) 한발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나 마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 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 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
   다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
4) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
5) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.
8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계
가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
나) 위 가)의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표" 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.
마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동
가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.
다) "정신행동에 극심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
라) "정신행동에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
마) "정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받

았으며, 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 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) "정신행동에 경미한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 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 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 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 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 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, 의식장해 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, 인지장해 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 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

< 붙임 >

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 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%)
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 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행 가능하나 목욕이나 샤워 시 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%)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제32조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제32조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 약관 제37조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 갑상선암및기타피부암주요치료특약(연간1회한)(해약환급금미지급형V2)II 약관 [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 62
제 1 조【목적】 ····· 62
제 2 조【용어의 정의】 ····· 62

제2관 보험금의 지급 ····· 62
제 3 조【"갑상선암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정】 ····· 62
제 4 조【"암 주요치료"의 정의】 ····· 62
제 5 조【수술의 정의와 장소】 ····· 63
제 6 조【"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의】 ····· 63
제 7 조【보험금의 지급사유】 ····· 63
제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 63
제 9 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 64
제 10 조【보험금의 청구】 ····· 64
제 11 조【보험금의 지급절차】 ····· 65

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 65
제 12 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 65
제 13 조【피보험자의 범위】 ····· 66
제 14 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 66
제 15 조【특약의 무효】 ····· 66
제 16 조【특약내용의 변경】 ····· 66

제4관 보험료의 납입 ····· 66
제 17 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 66
제 18 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 67
제 19 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 67
제 20 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 67

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 67
제 21 조【계약자의 임의해지】 ····· 67
제 21 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 67
제 22 조【특약의 해약환급금】 ····· 67

제6관 기타사항 ····· 67
제 23 조 【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 67
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 68
(별표 2) 재해분류표 ····· 69
(별표 3) 장해분류표 ····· 69
(별표 4) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 69

무배당 갑상선암및기타피부암주요치료특약(연간1회한)(해약환급금미지급형V2)II 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【"갑상선암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암", "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"암 주요치료"의 정의】

① 이 특약에서 "암 주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우

2. 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, 암으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 "암 주요치료"로 봅니다.

② 다음 각 호의 사항은 "암 주요치료"에 포함되지 않습니다.

1. 면역력 강화 치료
2. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
3. 호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소모된 비용
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
6. 기타 "암 주요치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제 5 조【수술의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 갑상선암 또는 기타피부암으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "수술"은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 "수술"에서 제외합니다.

④ 제1항의 갑상선암 또는 기타피부암 수술은 "항암약물치료"와 "항암방사선치료"는 제외합니다.

제 6 조【"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의】

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료(이하 "항암약물치료"라 합니다)하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제 7 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 제17조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 "갑상선암및기타피부암주요치료비"(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.(다만, 연간 1회에 한함)

제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표3 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표"에서 정한 "재해", 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 주계약의 보험료 납입이 면제되는 기간 동안 면제하여 드립니다.

② 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급횟수는 연간 1회 한도이며, 연간 1회를 초과하여 암 주요치료를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑫ "연간"이라 함은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암 진단서, 검사결과지, 수술증명서, 항암방사선치료 증명서, 항암약물치료 증명서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다.

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 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.

제 11 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제13항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 제18조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제19조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제15조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 제3조("갑상선암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "갑상선암 또는 기타피부암"으로 최초 진단확정받고 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에서 정한 "보험금 지급기간"이 경과한 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

제 13 조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 14 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】
이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 15 조【특약의 무효】
① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제3조("갑상선암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정)에서 정하는 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정된 경우

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 16 조【특약내용의 변경】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
④ 제3항에도 불구하고 제3조("갑상선암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정) 정한 "갑상선암" 및 "기타피부암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 18 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 20 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 21 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 21 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 23 조 【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 100만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
갑상선암 및 기타피부암 주요치료비 (제7조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 갑상선암 및 기타피부암으로 진단확정되고 그 갑상선암 및 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 갑상선암 및 기타피부암 주요치료를 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	100만원

주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 주계약의 보험료 납입이 면제되는 기간 동안 면제하여 드립니다.

2. 암 주요치료 : 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료 등

3. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

4. "연간"이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

5. 보험금의 지급횟수는 연간 1회 한도이며, 연간 1회를 초과하여 암 주요치료를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 및 제22조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
갑상선암및기타피부암 주요치료비 (제7조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조(보험금의 지급절차) 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 고액암(특정5대암)보장특약Ⅱ 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 71
제 1 조【목적】 ····· 71
제 2 조【용어의 정의】 ····· 71

제2관 보험금의 지급 ····· 71
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 71
제 4 조【고액암의 정의 및 진단 확정】 ····· 71
제 5 조【보험금의 지급사유】 ····· 72
제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 72
제 7 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 73
제 8 조【보험금의 청구】 ····· 73
제 9 조【보험금의 지급절차】 ····· 73

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 74
제 10 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 74
제 11 조【피보험자의 범위】 ····· 74
제 12 조【특약의 무효】 ····· 74
제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 75
제 14 조【특약내용의 변경】 ····· 75

제4관 보험료의 납입 ····· 75
제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 75
제 16 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 75
제 17 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 76
제 18 조【강제집행 등으로 인한 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 76

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 76
제 19 조【계약자의 임의해지】 ····· 76
제 19 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 76
제 20 조【특약의 해약환급금】 ····· 76

제6관 기타사항 ····· 76
제 21 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 76
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 77
(별표 2) 재해분류표 ····· 77
(별표 3) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 제외) ····· 78
(별표 4) 고액치료비 관련암 분류표 ····· 79
(별표 5) 장해분류표 ····· 79
(별표 6) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 80

무배당 고액암(특정5대암)보장특약Ⅱ 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 등에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 별표3 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【고액암의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에서 "고액암"이라 함은 제3조 제1항에서 "암"으로 분류되는 질병 중 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표4 "고액치료비 관련암 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

② "고액암"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 고액암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 고액암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 5 조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 제15조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정하는 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 고액암으로 진단확정 되었을 때(다만, 최초 1회에 한함) 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표5 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 암보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 보험계약일부터 1년 미만(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일까지를 말합니다)에 고액암으로 진단확정시 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험가입금액의 50%만 지급합니다.
⑫ 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 고액암을 직접원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단급여금을 지급하여 드립니다. 다만, 암보장개시일의 전일 이전에 고액암으로 진단확정된 경우는 제외합니다.
⑬ 사망시적립액 지급형의 경우 제12항에도 불구하고 제10조(특약의 체결 및 소멸)에 따라 피보험자의 사망으로 계

약이 소멸되어 계약자적립액을 지급한 후에 고액암을 직접 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제12항에 따라 지급해야할 보험금의 합계액에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

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

⑭ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 고액암 및 암 진단서(검사기록지 포함), 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액 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.

제 9 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금의 지급이 제1항에서 정한 지급기일보다 늦어지는 경우, 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제11조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 다만, 제6조(보험금지급에 관한 세부규정) 제12항에 의하여 고액암 진단급여금을 지급받은 경우에는 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

⑨ 제6항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 11 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 12 조【특약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 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)에 의한 동의를 얻지 않은 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를

발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

4. 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 14 조【특약내용의 변경】

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

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(특약의 해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약가입금액 감액 시 해약환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

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

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복))부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 16 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 17 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 18 조【강제집행 등으로 인한 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 19 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 20 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 21 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
고액암 진단급여금 (약관 제4조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 고액암으로 진단 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년미만	500만원
		1년이후	1,000만원

주) 1. 고액암 : 백혈병, 뇌암, 골수암 등

2. 고액암에 대한 계약상의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
3. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 암보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸됩니다.
5. 다만, 제4호에도 불구하고 제6조(보험금지급에 관한 세부규정) 제12항에 의하여 고액암 진단급여금을 지급받은 경우에는 사망시적립액 지급형의 경우에도 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

고액치료비 관련암 분류표

① 약관 제4조에 규정하는 고액암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 고액치료비 관련암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C70~C72
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
만성 골수증식질환	D47.1
만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 고액치료비 관련암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 5)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제10항 및 제20조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
진단급여금 (제5조) 및 계약자적립액 (제10조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
해약환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 다(多)사랑소액암New보장특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 82
제 1 조【목적】 ····· 82
제 2 조【용어의 정의】 ····· 82

제2관 보험금의 지급 ····· 82
제 3 조【소액암의 정의 및 진단확정】 ····· 82
제 4 조【"중증 갑상선암"의 정의 및 진단확정】 ····· 83
제 5 조【보험금의 지급사유】 ····· 83
제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 83
제 7 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 85
제 8 조【보험금의 청구】 ····· 85
제 9 조【보험금의 지급절차】 ····· 85

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 86
제 10 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 86
제 11 조【피보험자의 범위】 ····· 86
제 12 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 87
제 13 조【특약내용의 변경】 ····· 87

제4관 보험료의 납입 ····· 87
제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 87
제 15 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 87
제 16 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 87
제 17 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 87

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 87
제 18 조【계약자의 임의해지】 ····· 87
제 18 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 88
제 19 조【특약의 해약환급금】 ····· 88

제6관 기타사항 ····· 88
제 20 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 88
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 89
(별표 2) 재해분류표 ····· 90
(별표 3) 제자리의 신생물 분류표 ····· 90
(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 91
(별표 5) 장해분류표 ····· 91
(별표 6) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 92

무배당 다(多)사랑소액암New보장특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【소액암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "소액암"이라 함은 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양을 말합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표3 "제자리의 신생물 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표4 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "갑상선암" 및 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암" 및 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 제자리암 및 경계성종양의 진단확정은 병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고

있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제6항 및 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"중증 갑상선암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "중증 갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항에서 "중증 갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "중증 갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "중증 갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 5 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 중증갑상선암 진단급여금
   피보험자가 보험기간 중 제14조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 중증 갑상선암으로 진단확정 되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)
2. 소액암(중증갑상선암 제외) 진단급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 갑상선암(중증 갑상선암 제외), 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을(다만, 각 최초 1회에 한함)

제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표5 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표"에서 정한 "재해", 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

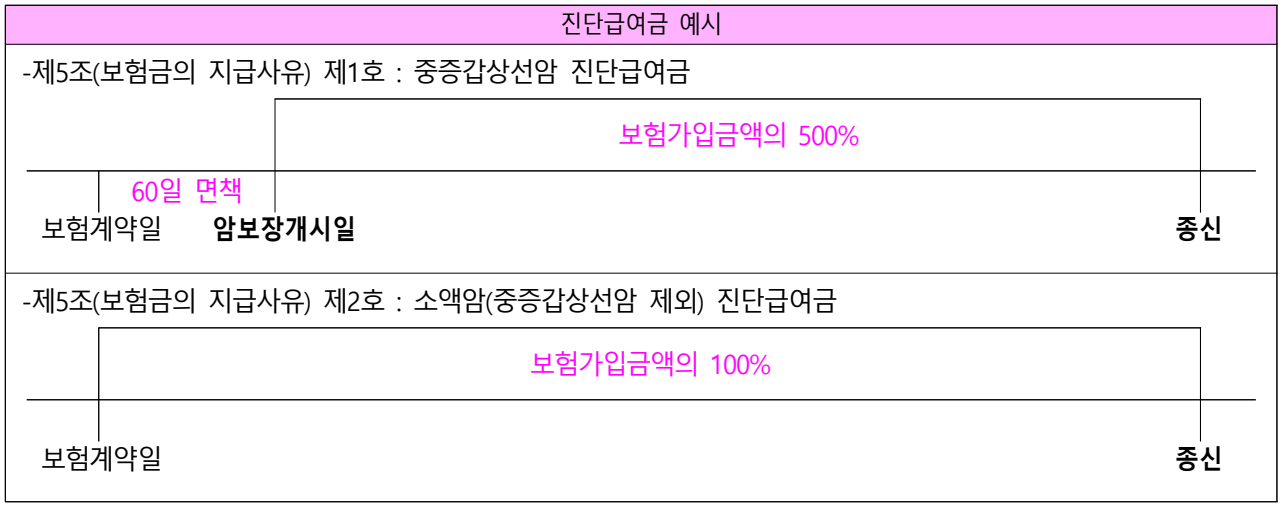
⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률

을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 중증 갑상선암을 직접원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 진단급여금을 지급하여 드립니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 중증 갑상선암으로 진단확정된 경우에는 제외합니다.
⑫ 사망시적립액 지급형의 경우 제11항에도 불구하고 제10조(특약의 체결 및 소멸)에 따라 피보험자의 사망으로 계약이 소멸되어 계약자적립액을 지급한 후에 중증 갑상선암을 직접 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제11항에 따라 지급해야할 보험금의 합계액에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다. 다만, 해당 보험금의 지급사유가 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항 제3호에서 정한 특약의 소멸사유에 해당되지 않는 경우에는 이미 지급된 계약자적립액을 차감하지 않습니다.

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

⑬ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 갑상선암(중증 갑상선암 제외), 기타피부암, 제자리암, 경계성종양을 직접원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 진단급여금을 지급하여 드립니다. 다만, 보장개시일 전일 이전에 갑상선암(중증 갑상선암 제외), 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정된 경우에는 제외합니다.
⑭ 사망시적립액 지급형의 경우 제13항에도 불구하고 제10조(특약의 체결 및 소멸)에 따라 피보험자의 사망으로 계약이 소멸되어 계약자적립액을 지급한 후에 갑상선암(중증 갑상선암 제외), 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제13항에 따라 지급해야할 보험금의 합계액에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다. 다만, 해당 보험금의 지급사유가 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항 제3호에서 정한 특약의 소멸사유에 해당되지 않는 경우에는 이미 지급된 계약자적립액을 차감하지 않습니다.
⑮ 계약자는 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 중증 갑상선암으로 진단확정 받은 경우에는 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
⑯ 제15항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.
⑰ 피보험자가 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 중증 갑상선암으로 진단확정되었으나 제15항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 진단확정된 중증 갑상선암이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 중증 갑상선암으로 인한 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 청약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 중증 갑상선암으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 중증 갑상선암으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보장합니다.
⑱ 피보험자가 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 진단급여금의 지급사유 발생시에는 보험가입금액의 500%를 지급하며, 제5조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 진단급여금의 지급사유 발생시에는 보험가입금액의 100%를 지급합니다.



⑲ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제2호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 중증 갑상선암, 갑상선암(중증 갑상선암 제외), 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양 진단서(검사기록지 포함), 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액 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.

제 9 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 지급할 때 보험금의 지급이 제1항에서 정한 지급기일보다 늦어지는 경우, 보험금 지급일까지의 지연된 기간에 대한 이자는 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같

이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제19항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어진 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급 보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제15조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제11조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하는 경우
3. 보험금 지급사유 발생으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.
⑧ 제6항 제2호에서 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 다만, 제6조(보험금지급에 관한 세부규정) 제11항 또는 제13항에 의하여 제6항 제3호에 해당하여 보험금을 지급받은 경우에는 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
⑨ 제6항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.
⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 11 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 12 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】
이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 13 조【특약내용의 변경】
① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(특약의 해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 감액시 해약환급금이 없거나 최초 가입시 안내된 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
④ 제3항에도 불구하고 제4조("중증 갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "중증 갑상선암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 60일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 60일 4월 30일 ☞ 암보장개시일

제 15 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 16 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 17 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 18 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 18 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 20 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 100만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
중증갑상선암 진단급여금 (제5조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 중증 갑상선암으로 진단 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	500만원
소액암 (중증갑상선암 제외) 진단급여금 (제5조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 갑상선암(중증 갑상선암 제외), 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 확정되었을 때 (다만, 각 최초 1회에 한함)	100만원

주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 소액암(중증갑상선암 제외) : 갑상선암(중증갑상선암 제외), 기타피부암, 제자리암, 경계성종양

3. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 60일이 되는 날의 다음날로 합니다.

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸합니다.

5. 다만, 제4호에도 불구하고 제6조(보험금지급에 관한 세부규정) 제11항 또는 제13항에 의하여 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항 제3호에 해당하여 보험금을 지급받은 경우에는 사망시적립액 지급형의 경우에도 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

제자리의 신생물 분류표

① 약관 제3조 제4항에서 정하는 제자리의 악성신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
○ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
○ 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
○ 제자리흑색종	D03
○ 피부의 제자리암종	D04
○ 유방의 제자리암종	D05
○ 자궁경부의 제자리암종	D06
○ 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
○ 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관 제3조 제5항에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
o 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
o 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
o 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
o 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
o 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
o 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
o 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
o 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
o 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5제외)
o 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 1. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 "림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 5)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조, 제10조 제10항 및 제19조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
진단급여금 (제5조 제1호 및 제2호) 및 계약자적립액(제10조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제19조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 다(多)사랑암진단특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 94
제 1 조【목적】 ····· 94
제 2 조【용어의 정의】 ····· 94

제2관 보험금의 지급 ····· 94
제 3 조【각종 "암"의 정의 및 진단확정】 ····· 94
제 4 조【보험금의 지급사유】 ····· 95
제 5 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 95
제 6 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 96
제 7 조【보험금의 청구】 ····· 96
제 8 조【보험금의 지급절차】 ····· 97

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 97
제 9 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 97
제 10 조【피보험자의 범위】 ····· 98
제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 98
제 12 조【특약의 무효】 ····· 98
제 13 조【특약내용의 변경】 ····· 98

제4관 보험료의 납입 ····· 98
제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 98
제 15 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 99
제 16 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 99
제 17 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 99

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 99
제 18 조【계약자의 임의해지】 ····· 99
제 18 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 99
제 19 조【특약의 해약환급금】 ····· 99

제6관 기타사항 ····· 99
제 20 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 99
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 100
(별표 2) 재해분류표 ····· 101
(별표 3) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 101
(별표 4) 장해분류표 ····· 102
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 102

무배당 다(多)사랑암진단특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 "암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표3 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 제1항에서 "암"으로 분류되는 질병 중 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 "분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병"을 "유방암"이라 합니다.

③ "암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 제14조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 "암진단급여금"(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

제 5 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표"에서 정한 "재해", 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

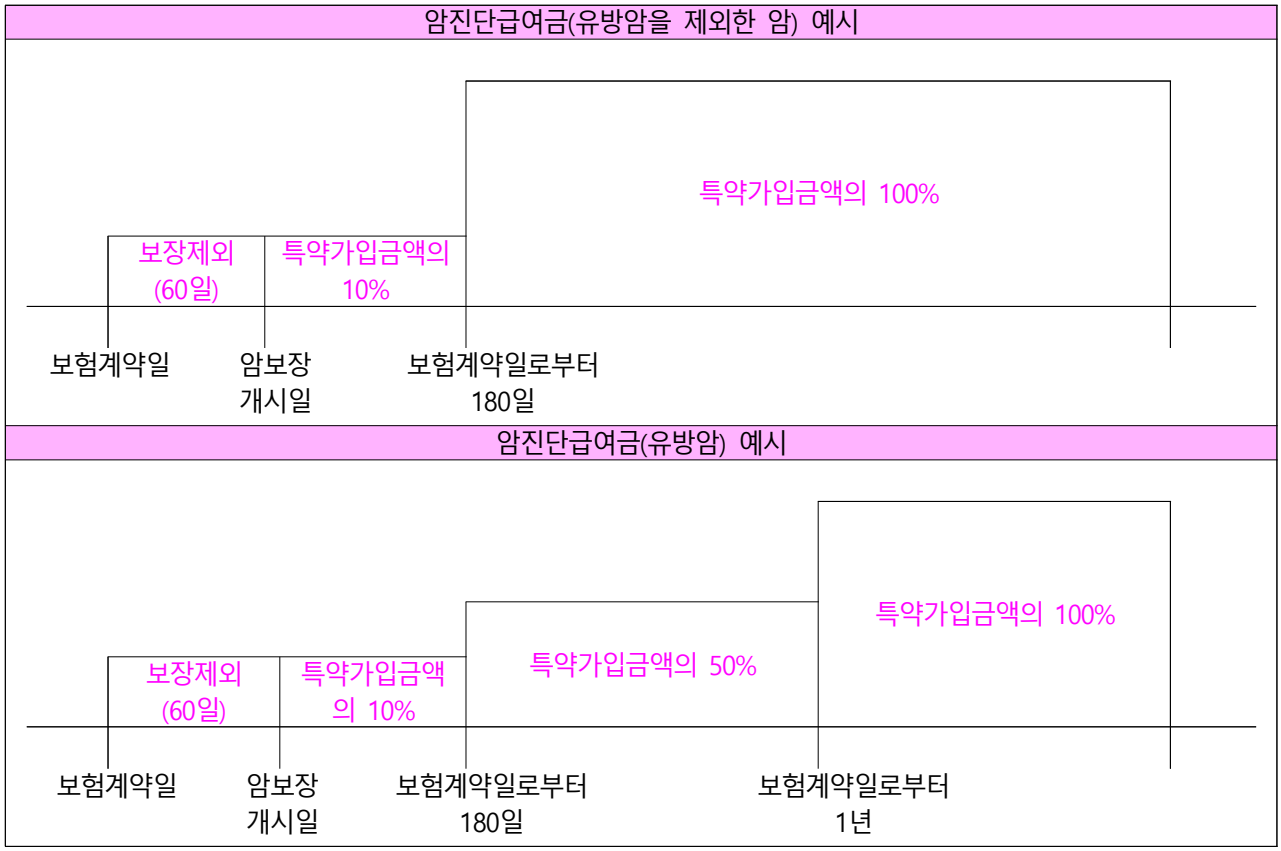
⑪ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단급여금을 지급합니다. 다만, 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정된 경우는 제외합니다.

⑫ 사망시적립액 지급형의 경우 제11항에도 불구하고 제9조(특약의 체결 및 소멸)에 따라 피보험자의 사망으로 계약이 소멸되어 계약자적립액을 지급한 후에 암을 직접 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제11항에 따라 지급해야할 보험금의 합계액에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

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

⑬ 보험계약일로부터 180일 이내(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 180일이 되는 날까지)에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단급여금의 지급사유 발생시에는 해당 보험가입금액의 10%만 지급합니다.

⑭ 보험계약일로부터 180일 초과(보험계약일로부터 180일이 되는 날의 다음날)부터 1년 미만(보험계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일)에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 유방암으로 진단확정되어 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험가입금액의 50%만 지급합니다.



⑮ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 암 진단서, 검사결과지, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 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.

제 8 조【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 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 제15조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제10조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 다만, 제5조(보험금지급에 관한 세부규정) 제11항에 의하여 암진단급여금을 지급받은 경우에는 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

⑨ 제6항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기

간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 10 조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】
이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 12 조【특약의 무효】
① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정)에서 정하는 암으로 진단확정된 경우

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 13 조【특약내용의 변경】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
④ 제3항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 60일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 60일 4월 30일 ☞ 암보장개시일

제 15 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 16 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 17 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 18 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 18 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 20 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
암진단급여금 (제4조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	180일 이내	100만원
		180일 초과	1,000만원 ※ 다만, 1년 미만에 유방암으로 진단확정되었을 경우 50%만 지급

주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. "갑상선암", "기타피부암"은 "암"의 정의에서 제외되는 바, "갑상선암", "기타피부암" 진단시 "암"에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

3. 암으로 분류되는 질병 중 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 "분류번호 C50(유방의 악성신생물)"에 해당하는 질병을 "유방암"이라 합니다.

4. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 60일이 되는 날의 다음날로 합니다.

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸됩니다.

6. 다만, 제5호에도 불구하고 제5조(보험금지급에 관한 세부규정) 제11항에 의하여 암진단급여금을 지급받은 경우에는 사망시적립액 지급형의 경우에도 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조, 제9조 제10항 및 제19조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암진단급여금 (제4조) 및 계약자적립액 (제9조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 로봇암(특정암제외)수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)Ⅱ 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 104
제 1 조【목적】 ····· 104
제 2 조【용어의 정의】 ····· 104

제2관 보험금의 지급 ····· 104
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 104
제 4 조【"다빈치또는레보아이로봇암수술"의 정의】 ····· 105
제 5 조【수술의 정의와 장소】 ····· 105
제 6 조【보험금의 지급사유】 ····· 105
제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 105
제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 106
제 9 조【보험금의 청구】 ····· 107
제 10 조【보험금의 지급절차】 ····· 107

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 107
제 11 조【계약 전 알릴 의무】 ····· 107
제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ····· 107

제4관 특약의 성립과 유지 ····· 108
제 13 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 108
제 14 조【피보험자의 범위】 ····· 108
제 15 조【특약의 무효】 ····· 108
제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 109
제 17 조【특약의 갱신】 ····· 109
제 18 조【특약내용의 변경】 ····· 109

제5관 보험료의 납입 ····· 110
제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 110
제 20 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 110
제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 110
제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 110

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 110
제 23 조【계약자의 임의해지】 ····· 110
제 23 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 110
제 24 조【특약의 해약환급금】 ····· 110

제7관 기타사항 ····· 111
제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 111
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 112
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 전립선암 제외) ····· 113
(별표 3) 재해분류표 ····· 114
(별표 4) 장해분류표 ····· 114
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 114

무배당 로봇암(특정암제외)수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)Ⅱ 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말합니다. 다만 갱신계약에서 관련 법규 등의 변경으로 이 계약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.
4. 최초계약
   특약 체결시 최초로 부가하는 보험계약을 말합니다.
5. 갱신계약
   최초계약의 보험기간 만료 후 갱신되는 보험계약을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암(특정암제외)"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 별표3 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "특정암"이라 함은 "갑상선암" 및 "전립선암"을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ "암(특정암제외)", "갑상선암", "전립선암"의 진단확정은 병리 및 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암(특정암제외)", "갑상선암", "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(특정암제외)", "갑상선암", "전립선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"다빈치또는레보아이로봇암수술"의 정의】

① "다빈치또는레보아이로봇암수술"이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

수가코드	행위명
QZ966	로봇 보조 수술 Robot-assisted Surgery
다빈치또는레보아이로봇암수술	
다빈치또는레보아이로봇암수술이란 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 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)	

② 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치또는레보아이로봇암수술"을 받은 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치또는레보아이로봇암수술"에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제 5 조【수술의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)의 관리 하에 그 치료를 직접목적으로 하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "수술"은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 "수술"에서 제외합니다.

제 6 조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 암(특정암제외)으로 진단 확정되고, 그 암(특정암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치또는레보아이로봇암수술을 받은 경우 보험수익자에게 다빈치또는레보아이로봇암(특정암제외)수술급여금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한함)

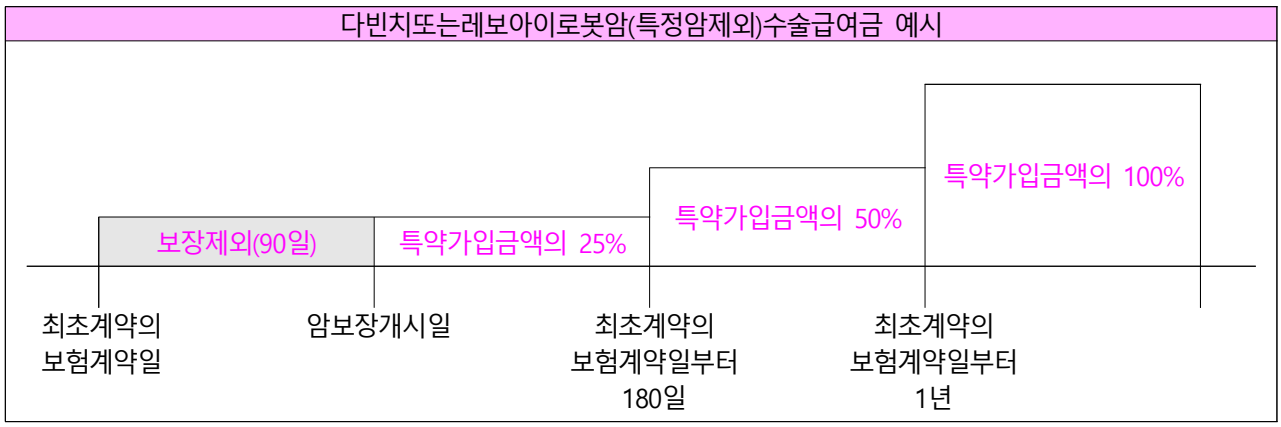
제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표3 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전에 보험료 납입면제 사유가 발생하였다 하더라도 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

② 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑫ 보험계약일로부터 180일 이내(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 180일이 되는 날까지)에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 해당 보험가입금액의 25%만 지급하고, 보험계약일로부터 180일 초과(보험계약일로부터 180일이 되는 날의 다음날)부터 1년 미만(보험계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일)에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 해당 보험가입금액의 50%만 지급합니다.



⑬ 제12항에도 불구하고 갱신계약에서는 감액 없이 해당 보험금을 지급합니다.

제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 기재), 암 진단서, 수술증명서, 장해진단서, 사망진단서 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제의 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 의한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 11 조【계약 전 알릴 의무】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 13 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제14조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험금 지급사유 발생으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 14 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 15 조【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 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 않는 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

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

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

4. 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암(특정암제외)"으로 진단이 확정된 경우

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 인출 및 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

① 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 최초계약 당시 정한 갱신주기(갱신시 보험기간이 변경된 경우 변경된 보험기간)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보험기간 종료일이 100세를 초과하는 경우에 한하여 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 100세 계약해당일의 전일까지를 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.

③ 다만, 주계약이 갱신형일 경우 주계약의 최종 갱신계약 종료일이 100세 계약해당일 이전일 경우 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일 또한 주계약의 최종계약 보험기간 종료일로 합니다. 이 경우 갱신일부터 주계약의 최종계약 보험기간 종료일까지를 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다

제 17 조【특약의 갱신】

① 보험료 납입기일, 갱신조건, 보장개시일, 갱신보험료 계산, 보험료 납입면제운용 등 갱신에 관한 사항은 주계약 사업방법서 및 약관의 갱신에 관한 사항을 준용하여 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 사업방법이 비갱신형일 경우 제5항에서 제13항을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약에서 최초계약의 보장개시일은 약관 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항을 따릅니다. 다만, 갱신계약의 보장개시일은 갱신일을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

④ 회사는 최초계약시 최대갱신가능나이가 포함된 갱신시점의 예상보험료를 안내합니다.

⑤ 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 계약을 갱신하지 않는다는 통지를 하지 않으면, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 않습니다.

1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 때
2. 갱신시점의 피보험자 나이가 100세 이상인 경우
3. 주계약이 갱신형인 경우 주계약의 최종 갱신계약 보험기간을 초과하는 경우

⑦ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 갱신 전 30일전까지 약관내용 변경 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취), 전자문서 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑨ 제8항에 따라 약관내용 변경 등을 안내한 경우 회사는 계약자의 약관내용 변경 의사를 전화(음성녹취), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 약관내용 변경 의사가 확인되는 경우 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자가 약관내용의 변경 등을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 약관내용 변경의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자는 갱신일부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

⑪ 갱신되는 계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산합니다.

⑫ 갱신되는 계약은 갱신시의 보험요율을 적용하며, 갱신시 변동되는 보험료 및 갱신제한사유에 해당하는 경우에는 갱신 전 30일전까지 계약자에게 그 내역 및 사유를 서면 또는 전화(음성녹취)로 알려드립니다.

⑬ 관련 법규 등의 변경으로 이 계약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 18 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약의 납입기일을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 납입기일을 준용합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 갱신계약의 보장개시일은 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에 정한 "암(특정암제외)"의 보장개시일은 보험계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 이를 암보장개시일이라 합니다. 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 20 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 23 조【계약자의 임의해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 23 조의 2【위법계약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 24 조【특약의 해약환급금】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 7 관 기타사항

제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[최초계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
다빈치 또는 레보아이 로봇암(특정암제외) 수술급여금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(특정암제외)으로 진단확정되고 그 암(특정암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치또는레보아이로봇암수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	180일 이내	250 만원
		180일 초과 1년 미만	500 만원
		1년 이후	1,000 만원

[갱신계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
다빈치 또는 레보아이 로봇암(특정암제외) 수술급여금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(특정암제외)으로 진단확정되고 그 암(특정암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치또는레보아이로봇암수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000 만원

주) 1. 특정암 : 갑상선암, 전립선암

2. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 또한, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일을 암보장개시일로 합니다

3. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전에 보험료 납입면제 사유가 발생하였다 하더라도 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

4. 피보험자가 사망하였을 경우에는 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 전립선암 제외)

① 약관 제3조 제1항에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 전립선암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 음경의 악성신생물	C60
○ 고환의 악성신생물	C62
○ 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물	C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 전립선암 제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제9항 및 제24조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
다빈치 또는 레보아이 로봇암(특정암제외) 수술급여금 (제6조) 및 계약자적립액 (제13조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제24조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차)의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 로봇특정암수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)Ⅱ 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 116
제 1 조【목적】 ····· 116
제 2 조【용어의 정의】 ····· 116

제2관 보험금의 지급 ····· 116
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 116
제 4 조【"다빈치또는레보아이로봇암수술"의 정의】 ····· 117
제 5 조【수술의 정의와 장소】 ····· 117
제 6 조【보험금의 지급사유】 ····· 117
제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 117
제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 118
제 9 조【보험금의 청구】 ····· 119
제 10 조【보험금의 지급절차】 ····· 119

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 119
제 11 조【계약 전 알릴 의무】 ····· 119
제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ····· 119

제4관 특약의 성립과 유지 ····· 120
제 13 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 120
제 14 조【피보험자의 범위】 ····· 120
제 15 조【특약의 무효】 ····· 120
제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 121
제 17 조【특약의 갱신】 ····· 121
제 18 조【특약내용의 변경】 ····· 121

제5관 보험료의 납입 ····· 122
제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 122
제 20 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 122
제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 122
제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 122

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 122
제 23 조【계약자의 임의해지】 ····· 122
제 23 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 122
제 24 조【특약의 해약환급금】 ····· 122

제7관 기타사항 ····· 123
제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 123
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 124
(별표 2) 특정암 분류표 ····· 125
(별표 3) 재해분류표 ····· 126
(별표 4) 장해분류표 ····· 126
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 126

무배당 로봇특정암수술특약(다빈치,레보아이)(갱신형)Ⅱ 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말합니다. 다만 갱신계약에서 관련 법규 등의 변경으로 이 계약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.
4. 최초계약
   특약 체결시 최초로 부가하는 보험계약을 말합니다.
5. 갱신계약
   최초계약의 보험기간 만료 후 갱신되는 보험계약을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "특정암"이라 함은 "갑상선암" 및 "전립선암"을 말합니다. 다만, "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"는 제외합니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 갑상선암으로 분류되는 질병(별표2 "특정암 분류표" 참조)을 말합니다.

③ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 전립선암으로 분류되는 질병(별표2 "특정암 분류표" 참조)을 말합니다.

④ "갑상선암", "전립선암"의 진단확정은 병리 및 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "갑상선암", "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암", "전립선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"다빈치또는레보아이로봇암수술"의 정의】

① "다빈치또는레보아이로봇암수술"이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

수가코드	행위명
QZ966	로봇 보조 수술 Robot-assisted Surgery
다빈치또는레보아이로봇암수술	
다빈치또는레보아이로봇암수술이란 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 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)	

② 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치또는레보아이로봇암수술"을 받은 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치또는레보아이로봇암수술"에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제 5 조【수술의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)의 관리 하에 그 치료를 직접목적으로 하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "수술"은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 "수술"에서 제외합니다.

제 6 조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 특정암으로 진단 확정되고, 그 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치또는레보아이로봇암수술을 받은 경우 보험수익자에게 다빈치또는레보아이로봇특정암수술급여금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한함)

제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

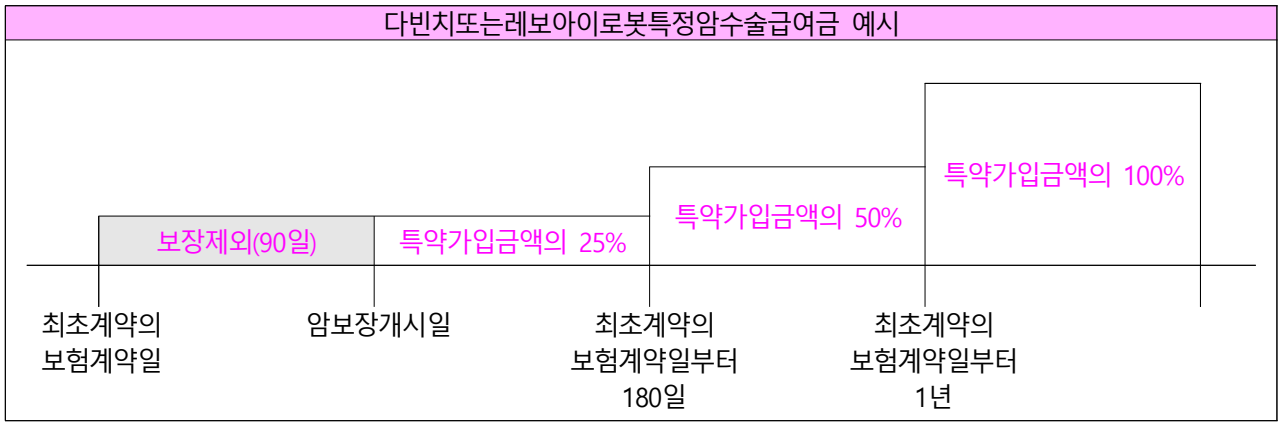
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표3 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전에 보험료 납입면제 사유가 발생하였다 하더라도 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

② 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률

로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑫ 보험계약일로부터 180일 이내(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 180일이 되는 날까지)에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 해당 보험가입금액의 25%만 지급하고, 보험계약일로부터 180일 초과(보험계약일로부터 180일이 되는 날의 다음날)부터 1년 미만(보험계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일)에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 해당 보험가입금액의 50%만 지급합니다.



⑬ 제12항에도 불구하고 갱신계약에서는 감액 없이 해당 보험금을 지급합니다.

제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 기재), 갑상선암 및 전립선암 진단서, 수술증명서, 장해진단서, 사망진단서 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제의 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 의한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 11 조【계약 전 알릴 의무】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 13 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제14조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험금 지급사유 발생으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 14 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 15 조【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 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 않는 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

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

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

4. 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "특정암"으로 진단이 확정된 경우

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 인출 및 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

① 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 최초계약 당시 정한 갱신주기(갱신시 보험기간이 변경된 경우 변경된 보험기간)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보험기간 종료일이 100세를 초과하는 경우에 한하여 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 100세 계약해당일의 전일까지를 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.

③ 다만, 주계약이 갱신형일 경우 주계약의 최종 갱신계약 종료일이 100세 계약해당일 이전일 경우 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일 또한 주계약의 최종계약 보험기간 종료일로 합니다. 이 경우 갱신일부터 주계약의 최종계약 보험기간 종료일까지를 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다

제 17 조【특약의 갱신】

① 보험료 납입기일, 갱신조건, 보장개시일, 갱신보험료 계산, 보험료 납입면제운용 등 갱신에 관한 사항을 주계약 사업방법서 및 약관의 갱신에 관한 사항을 준용하여 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 사업방법이 비갱신형일 경우 제5항에서 제13항을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약에서 최초계약의 보장개시일은 약관 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항을 따릅니다. 다만, 갱신계약의 보장개시일은 갱신일을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

④ 회사는 최초계약시 최대갱신가능나이가 포함된 갱신시점의 예상보험료를 안내합니다.

⑤ 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 계약을 갱신하지 않는다는 통지를 하지 않으면, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 않습니다.

1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 때
2. 갱신시점의 피보험자 나이가 100세 이상인 경우
3. 주계약이 갱신형인 경우 주계약의 최종 갱신계약 보험기간을 초과하는 경우

⑦ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 갱신 전 30일전까지 약관내용 변경 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취), 전자문서 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑨ 제8항에 따라 약관내용 변경 등을 안내한 경우 회사는 계약자의 약관내용 변경 의사를 전화(음성녹취), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 약관내용 변경 의사가 확인되는 경우 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자가 약관내용의 변경 등을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 약관내용 변경의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자는 갱신일부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

⑪ 갱신되는 계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산합니다.

⑫ 갱신되는 계약은 갱신시의 보험요율을 적용하며, 갱신시 변동되는 보험료 및 갱신제한사유에 해당하는 경우에는 갱신 전 30일전까지 계약자에게 그 내역 및 사유를 서면 또는 전화(음성녹취)로 알려드립니다.

⑬ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 18 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약의 납입기일을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 납입기일을 준용합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 갱신계약의 보장개시일은 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에 정한 "특정암"의 경우에는 보험계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 20 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 23 조【계약자의 임의해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 23 조의 2【위법계약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 24 조【특약의 해약환급금】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 7 관 기타사항

제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[최초계약]

[기준 : 특약가입금액 250만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
다빈치 또는 레보아이 로봇 특정암 수술급여금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 특정암으로 진단확정되고 그 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치또는레보아이로봇암수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	180일 이내	62.5 만원
		180일 초과 1년 미만	125 만원
		1년 이후	250 만원

[갱신계약]

[기준 : 특약가입금액 250만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
다빈치 또는 레보아이 로봇 특정암 수술급여금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 특정암으로 진단확정되고 그 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치또는레보아이로봇암수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	250 만원

주) 1. 특정암 : 갑상선암, 전립선암

2. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 또한, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

3. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전에 보험료 납입면제 사유가 발생하였다 하더라도 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

4. 피보험자가 사망하였을 경우에는 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

(별표 2)

특정암 분류표

① 약관 제3조 제1항에 규정하는 특정암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 전립선의 악성신생물	C61
○ 갑상선의 악성신생물	C73

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제9항 및 제24조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
다빈치 또는 레보아이 로봇 특정암수술급여금 (제6조) 및 계약자적립액 (제13조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제24조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차)의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 매년계속받는암진단특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 128
제 1 조【목적】 ····· 128
제 2 조【용어의 정의】 ····· 128

제2관 보험금의 지급 ····· 128
제 3 조【"첫 번째 암"의 정의 및 진단확정】 ····· 128
제 4 조【"재진단암"의 정의 및 진단확정】 ····· 129
제 5 조【"수술"의 정의와 장소】 ····· 129
제 6 조【"항암방사선치료"의 정의】 ····· 129
제 7 조【"항암약물치료"의 정의】 ····· 130
제 8 조【보험금의 지급사유】 ····· 130
제 9 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 130
제 10 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 131
제 11 조【보험금의 청구】 ····· 131
제 12 조【보험금의 지급절차】 ····· 132

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 132
제 13 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 132
제 14 조【피보험자의 범위】 ····· 133
제 15 조【특약의 무효】 ····· 133
제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 133
제 17 조【특약내용의 변경】 ····· 133

제4관 보험료의 납입 ····· 134
제 18 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 134
제 19 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 134
제 20 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】 ····· 134
제 21 조【강제집행 등으로 해지된 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 134

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 135
제 22 조【계약자의 임의해지】 ····· 135
제 22 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 135
제 23 조【특약의 해약환급금】 ····· 135

제6관 기타사항 ····· 135
제 24 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 135
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 136
(별표 2) 재해분류표 ····· 137
(별표 3) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 137
(별표 4) 장해분류표 ····· 138
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 138

무배당 매년계속받는암진단특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 등에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【"첫 번째 암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "첫 번째 암(갑상선암 및 기타피부암 포함)"(이하 "첫 번째 암"이라 합니다)이라 함은 제18조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 처음으로 진단되는 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 별표3 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ "첫 번째 암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "첫 번째 암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "첫 번째 암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

‘제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"재진단암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "재진단암(갑상선암 및 기타피부암 포함)"(이하 "재진단암"이라 합니다)이라 함은 제18조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정하는 재진단암에 대한 보장개시일(이하 "재진단암 보장개시일"이라 합니다) 이후 진단확정된 다음 각 호의 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"을 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

② 제1항 제1호에서 "새로운 원발암"이란 원발부위에 발생한 암으로 "첫번째암" 또는 "재진단암"과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"을 말합니다.

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

④ 제1항 제3호에서 "재발암"이란 "첫 번째 암" 또는 "재진단암"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫 번째 암" 또는 "재진단암"의 암세포를 제거한 후 그 "첫 번째 암"또는 "재진단암"으로 인하여 새롭게 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호에서 "잔여암"이란 암보장개시일 이후 발생한 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암" 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ "재진단암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '재진단암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

‘제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 5 조【"수술"의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "재진단암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 그 치료를 직접목적으로 하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "수술"은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(造作)을 가하는 것을 말하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액.조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 "수술"에서 제외합니다.

④ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다. 제1항의 암 수술은 "항암약물치료"와 "항암방사선치료"는 제외합니다.

제 6 조【"항암방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "재진단암"의 직접적

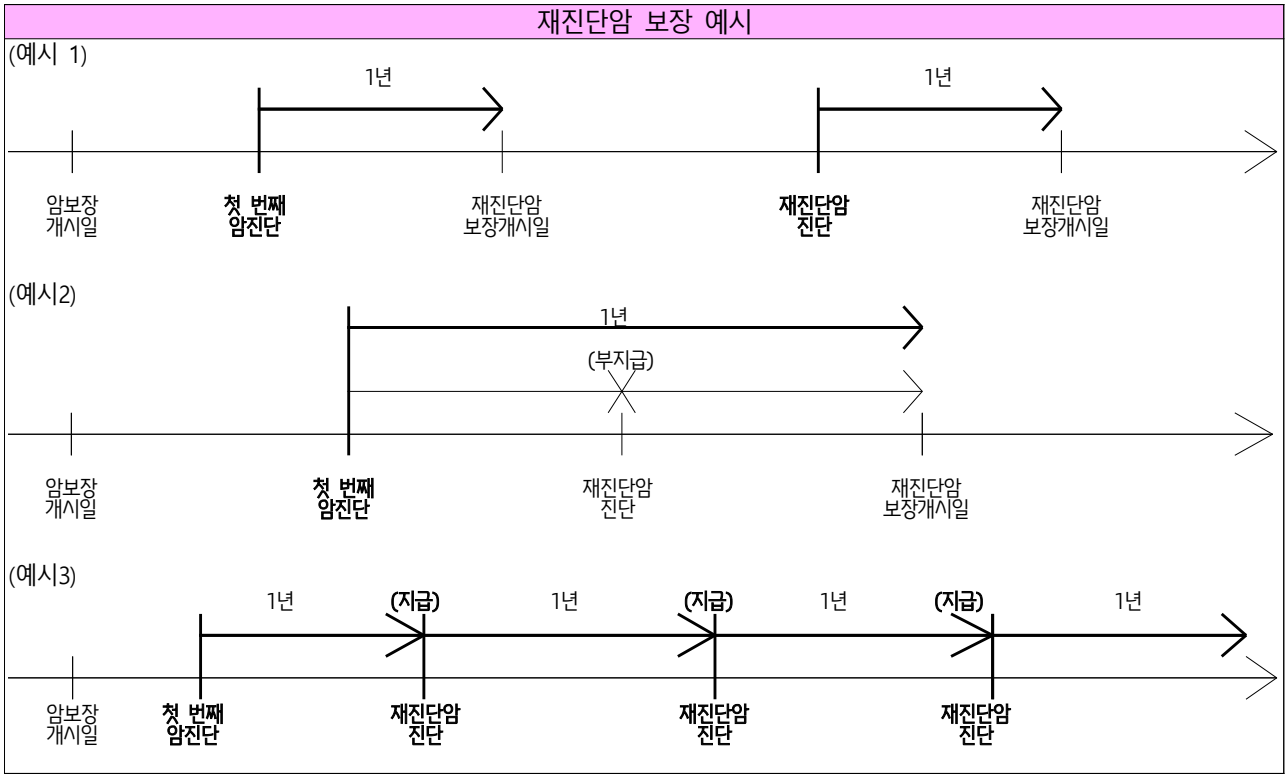
인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제 7 조【"항암약물치료"의 정의】

이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "재진단암"의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제 8 조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 재진단암 보장개시일 이후에 "재진단암"으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 재진단암진단급여금(별표1 "보험금 지급기준표")을 지급합니다.



제 9 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제8조(보험금의 지급사유)의 재진단암진단급여금은 "첫 번째 암" 또는 "재진단암" 진단 확정일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날 이후에 제4조("재진단암"의 정의 및 진단확정) 제1항의 "재진단암"으로 진단확정 받은 경우에만 보험금이 지급됩니다.

③ 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑫ 보험기간 중 피보험자가 재진단암 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 재진단암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단급여금을 지급하여 드립니다. 다만, 재진단암 보장개시일의 전일 이전에 재진단암으로 진단확정된 경우는 제외합니다.
⑬ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 10 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 11 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 암 진단서, 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서, 수술증명서, 장해진단서, 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 12 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제13항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 13 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제20조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제14조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우

⑦ 이 특약의 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 그 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. "첫 번째 암"으로 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
2. 제1호에도 불구하고 "재진단암"으로 진단 확정되어 재진단암진단급여금이 지급되고 잔여 보험기간이 진단 확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

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

⑧ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑨ 제6항 제2호에서 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.

⑩ 제7항 및 제6항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제12조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 14 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 15 조【특약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 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)에 의한 동의를 얻지 않은 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제3조(“첫 번째 암”의 정의 및 진단확정)에서 정하는 “첫 번째 암”으로 진단확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 17 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 18 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제3조("첫 번째 암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제4조("재진단암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "재진단암"에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 첫 번째 재진단암 : "첫 번째 암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날
2. 두 번째 이후 재진단암 : 직전 "재진단암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날

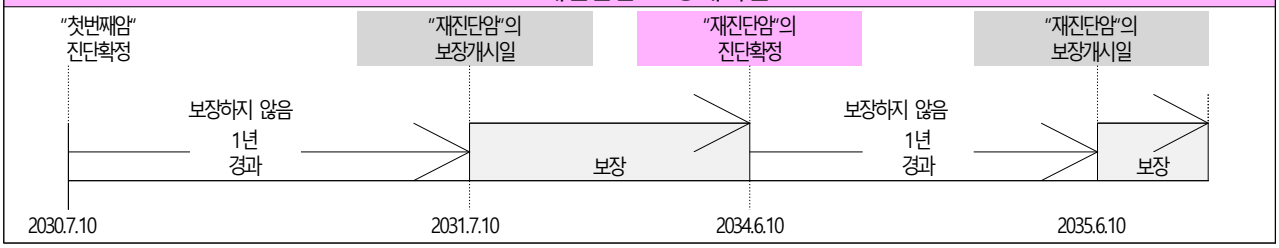
보장개시일, 암보장개시일

보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다.

예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우
3월 1일 ☞ 보장개시일

예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우
3월 1일
\+ 90일
5월 30일 ☞ 암보장개시일

재진단암 보장개시일



제 19 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 20 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】

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

② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특약이 해지되기 전에 "첫 번째 암"으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특약의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하며, 제18조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항을 적용합니다.
2. 이 특약이 해지되기 전에 "첫 번째 암" 또는 "재진단암"으로 진단확정된 경우 : 이 특약의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 보아 제18조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항을 적용합니다.

제 21 조【강제집행 등으로 해지된 해지특약의 특별부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 22 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 23 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 24 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재진단암 진단급여금 (약관 제8조)	피보험자가 보험기간 중 재진단암 보장개시일 이후에 재진단암(갑상선암 및 기타피부암 포함)으로 진단 확정되었을 때	1,000만원

주) 1. 재진단암 보장개시일은 다음과 같습니다.
- 첫 번째 재진단암 : "첫 번째 암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날
- 두 번째 이후 재진단암 : 직전 "재진단암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날

2. "재진단암"이라 함은 재진단암 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"을 말합니다.
- 새로운 원발암
- 전이암
- 재발암
- 잔여암

3. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸됩니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제2항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제10항 및 제23조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
재진단암 진단급여금 (제8조) 및 계약자적립액 (제13조 제7항 및 제9항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제12조(보험금의 지급절차)의 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함) 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암(갑상선암및기타피부암제외)주요치료특약II(연간1회한)(해약환급금미지급형V2) 약관 [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 140
제 1 조【목적】 ····· 140
제 2 조【용어의 정의】 ····· 140

제2관 보험금의 지급 ····· 140
제 3 조【"종합병원"의 정의】 ····· 140
제 4 조【"암"의 정의 및 진단확정】 ····· 140
제 5 조【"암 주요치료"의 정의】 ····· 140
제 6 조【수술의 정의와 장소】 ····· 141
제 7 조【"항암약물치료(호르몬약물치료제외)"의 정의】 ····· 141
제 8 조【"항암방사선치료"의 정의】 ····· 141
제 9 조【"종합병원 중환자실치료"의 정의】 ····· 141
제 10 조【"연간 암 주요치료횟수"의 정의】 ····· 142
제 11 조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】 ····· 142
제 12 조【보험금의 지급사유】 ····· 142
제 13 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 143
제 14 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 144
제 15 조【보험금의 청구】 ····· 144
제 16 조【보험금의 지급절차】 ····· 144

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 145
제 17 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 145
제 18 조【피보험자의 범위】 ····· 145
제 19 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 145
제 20 조【특약의 무효】 ····· 146
제 21 조【특약내용의 변경】 ····· 146

제4관 보험료의 납입 ····· 146
제 22 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 146
제 23 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 147
제 24 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 147
제 25 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 147

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 147
제 26 조【계약자의 임의해지】 ····· 147
제 26 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 147
제 27 조【특약의 해약환급금】 ····· 147

제6관 기타사항 ····· 147
제 28 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 147
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 148
(별표 2) 재해분류표 ····· 149
(별표 3) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 149
(별표 4) 장해분류표 ····· 150
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 150

무배당 암(갑상선암및기타피부암제외)주요치료특약Ⅱ(연간1회한)(해약환급금미지급형V2) 약관 [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 회사 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【"종합병원"의 정의】

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

제 4 조【"암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② "암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 5 조【"암 주요치료"의 정의】

① 이 특약에서 "암 주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원 중환자실치료를 받은 경우

② 다음 각 호의 사항은 "암 주요치료"에 포함되지 않습니다.

1. 면역력 강화 치료
2. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
3. 호르몬 관련 치료제를 이용한 치료

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.

4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련된 사항
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련된 사항
6. 기타 "암 주요치료"와 관련이 없는 각종 사항(진찰, 입원, 마취, 검사 등)

제 6 조【수술의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 암의 직접적인 치료를 목적으로 하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "수술"은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 "수술"에서 제외합니다.

④ 제1항의 암 수술은 "항암약물치료"와 "항암방사선치료"는 제외합니다.

제 7 조【"항암약물치료(호르몬약물치료제외)"의 정의】

이 특약에서 "항암약물치료(호르몬약물치료제외)"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다. 또한 호르몬 관련 치료제는 "항암약물치료(호르몬약물치료제외)"에서 제외됩니다.

제 8 조【"항암방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

제 9 조【"종합병원 중환자실치료"의 정의】

① 이 특약에서 "종합병원 중환자실치료"라 함은 의사 면허를 가진 자에 의하여 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 제3조("종합병원"의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제 10 조【"연간 암 주요치료횟수"의 정의】

"연간 암 주요치료횟수"라 함은 피보험자가 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 암주요치료의 치료항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주요치료 항목	산정기준
수술	수술 1회당
항암약물치료(호르몬약물치료 제외)	연간 1회한
항암방사선치료	연간 1회한
종합병원 중환자실치료	연간 1회한

제 11 조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 종합병원 지정 기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 암 주요치료 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 약관의 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. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 약관내용 변경일 15일 이전까지 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 약관내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 약관내용 변경을 원하지 않는 경우 약관내용 변경일 전일까지 약관내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 회사가 적립한 약관내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

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

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 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항에서 제6항에도 불구하고 기존 약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

제 12 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 제22조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 암주요치료플러스 생활급여금(2회 이상)
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료를 받아 연간 암주요치료횟수가 2회 이상일 경우
   (다만, 연간 1회에 한함)
2. 암주요치료플러스 생활급여금(3회 이상)
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료를 받아 연간 암주요치료횟수가 3회 이상일 경우
   (다만, 연간 1회에 한함)

제 13 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표3 "재해분류표"에서 정한 "재해", 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제17조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

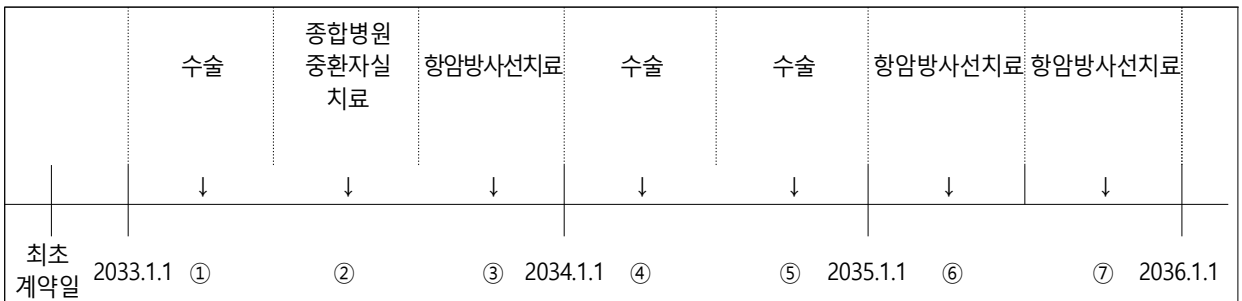
⑪ 제12조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 정한 생활급여금의 지급횟수는 각 연간 1회 한도이며, 연간 1회를 초과하여 보험금 지급사유가 발생한 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑫ "연간"이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제12조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

암주요치료플러스 생활급여금 지급예시

보험가입금액 1,000만원 기준(해당 특약 가입일 : 2030년 1월 1일)



① 연간 암주요치료횟수 1회로 보험금 미지급
② 연간 암주요치료횟수 2회로 1,000만원 지급
③ 연간 암주요치료횟수 3회로 500만원 지급
④ 연간 암주요치료횟수 1회로 보험금 미지급
⑤ 연간 암주요치료횟수 2회로 1,000만원 지급
⑥ 연간 암주요치료횟수 1회로 보험금 미지급
⑦ 해당 암주요치료 산정기준 연간 1회한으로 연간 암주요치료횟수 1회로 보험금 미지급

제 14 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 15 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 암 진단서(검사기록지 포함), 수술증명서, 항암약물치료증명서(병명, 항암약물치료 일자 및 내용 기입), 항암방사선치료증명서(병명, 항암방사선치료 일자 및 내용 기입), 진료비세부내역서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 16 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제15조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제의 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제15조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제13조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제13항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 17 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
④ 제3항의 청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제18조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.
⑧ 제6항 제2호에서, 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.
⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제15조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.
⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제16조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 18 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 19 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 20 조【특약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제4조("암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 21 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 22 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제4조("암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 23 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 24 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 25 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 26 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 26 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 27 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 28 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암(갑상선암 및 기타피부암제외) 주요치료비 (제7조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)으로 진단확정되고 그 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 암주요치료를 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	1,000만원

주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 갑상선암 및 기타피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 갑상선암 및 기타피부암 진단시 암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

3. 암주요치료 : 수술, 항암약물치료(호르몬약물치료제외), 항암방사선치료, 종합병원 중환자실치료

4. 연간 암주요치료횟수 : 피보험자가 연간 받은 암주요치료의 치료항목별 연간 치료횟수를 수술(수술 1회당), 항암약물치료(호르몬약물치료제외)(연간 1회한), 항암방사선치료(연간 1회한), 종합병원 중환자실치료(연간 1회한)를 기준으로 합산한 횟수

5. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

6. "연간"이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

7. 보험금의 지급횟수는 각 연간 1회 한도이며, 연간 1회를 초과하여 보험금 지급사유가 발생한 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸합니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제16조, 제17조 제10항 및 제27조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암주요치료플러스 생활급여금 (제12조) 및 계약자적립액 (제17조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
해약환급금 (제27조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암납입면제특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 152
제 1 조【목적】 ····· 152
제 2 조【용어의 정의】 ····· 152

제2관 보험금의 지급 ····· 152
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 152
제 4 조【보험료 납입면제 사유】 ····· 153
제 5 조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 ····· 153
제 6 조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 153
제 7 조【보험료 납입면제의 청구】 ····· 154
제 8 조【보험료의 납입면제 절차】 ····· 154

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 154
제 9 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 154
제 10 조【피보험자의 범위】 ····· 155
제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 155
제 12 조【특약내용의 변경】 ····· 155

제4관 보험료의 납입 ····· 155
제 13 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 155
제 14 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 155
제 15 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 155
제 16 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 156

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 156
제 17 조【계약자의 임의해지】 ····· 156
제 17 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 156
제 18 조【특약의 해약환급금】 ····· 156

제6관 기타사항 ····· 156
제 19 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 156
(별표 1) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 157
(별표 2) 재해분류표 ····· 158
(별표 3) 장해분류표 ····· 158
(별표 4) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 158

무배당 암납입면제특약 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다)사이에 피보험자의 질병이나 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 별표1 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병", "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병" 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

"제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때" 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【보험료 납입면제 사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제13조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시)에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 피보험자가 "암"으로 진단 확정되었을 경우에는 주계약 및 특약(이하 "납입면제 대상계약"이라 합니다)의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 5 조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

① 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암"으로 진단 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 암보장개시일 이전에 "암"으로 진단확정된 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

③ 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제6항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

④ 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 경우 장해지급률이 재해(별표2 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다)일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제6항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑧ 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부분에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 계약자와 회사가 제1항 및 제4조(보험료 납입면제 사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제4조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 암 진단서, 검사결과지, 사망진단서 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 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 계약자가 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조【보험료의 납입면제 절차】

① 회사는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 계약자적립액을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험료 납입면제 사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 보험료 납입면제 예정일에 대하여 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제14조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
2. 제10조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하는 경우
3. 제10조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여

러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우
4. 제4조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 납입면제의 사유가 발생하고 보험료 납입면제 기간이 종료되었을 경우
5. 제4조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 납입면제의 사유 이외의 사유로 납입면제 대상계약 전체의 보험료 납입면제가 발생하는 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑨ 제6항 제5호에서 제4조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 납입면제 사유 이외의 사유로 납입면제 대상계약 전체의 보험료 납입면제가 발생하는 경우 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산한 납입면제 발생 당시의 계약자적립액을 지급(암보장개시일 이전에 발생하는 경우 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 지급)하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되어 보험료 납입면제가 발생한 경우는 제외합니다.

⑩ 제8항 및 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험료 납입면제의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 10 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제 12 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

③ 제2항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에 정한 "암"의 경우에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 14 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 15 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 16 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 17 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 17 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 18 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 19 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에서 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항, 제9조 제10항 및 제18조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
계약자적립액 (제9조 제8항 및 제9항)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
해약환급금 (제18조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험료의 납입면제 절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 원투쓰리암진단특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 160
제 1 조【목적】 ····· 160
제 2 조【용어의 정의】 ····· 160

제2관 보험금의 지급 ····· 160
제 3 조【"첫 번째 암"의 정의 및 진단확정】 ····· 160
제 4 조【"두 번째 암" 및 "세 번째 암"의 정의 및 진단확정】 ····· 161
제 5 조【"수술"의 정의와 장소】 ····· 161
제 6 조【"항암방사선치료"의 정의】 ····· 162
제 7 조【"항암약물치료"의 정의】 ····· 162
제 8 조【보험금의 지급사유】 ····· 162
제 9 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 162
제 10 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 163
제 11 조【보험금의 청구】 ····· 164
제 12 조【보험금의 지급절차】 ····· 164

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 164
제 13 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 164
제 14 조【피보험자의 범위】 ····· 165
제 15 조【특약의 무효】 ····· 165
제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 166
제 17 조【특약내용의 변경】 ····· 166

제4관 보험료의 납입 ····· 166
제 18 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 166
제 19 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 167
제 20 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】 ····· 167
제 21 조【강제집행 등으로 해지된 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 167

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 167
제 22 조【계약자의 임의해지】 ····· 167
제 22 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 167
제 23 조【특약의 해약환급금】 ····· 167

제6관 기타사항 ····· 167
제 24 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 167
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 168
(별표 2) 재해분류표 ····· 169
(별표 3) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 169
(별표 4) 장해분류표 ····· 170
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 170

무배당 원투쓰리암진단특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 등에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【"첫 번째 암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "첫 번째 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)"(이하 "첫 번째 암"이라 합니다)이라 함은 제18조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 처음으로 진단되는 "암"을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 별표3 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ "첫 번째 암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "첫 번째 암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "첫 번째 암"으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"두 번째 암" 및 "세 번째 암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "두 번째 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)"(이하 "두 번째 암"이라 합니다)이라 함은 제18조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정하는 두 번째 암에 대한 보장개시일(이하 "두 번째 암 보장개시일"이라 합니다) 이후 진단확정된 다음 각 호의 "암"을 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

② 이 특약에서 "세 번째 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)"(이하 "세 번째 암"이라 합니다)이라 함은 제18조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정하는 세 번째 암에 대한 보장개시일(이하 "세 번째 암 보장개시일"이라 합니다) 이후 진단확정된 다음 각 호의 "암"을 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

③ 제1항 제1호 및 제2항 제1호에서 "새로운 원발암"이란 원발부위에 발생한 암으로 "첫 번째 암" 또는 "두 번째 암"과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 "암"을 말합니다.

④ 제1항 제2호 및 제2항 제2호에서 "전이암"이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암"을 말합니다.

⑤ 제1항 제3호 및 제2항 제3호에서 "재발암"이란 "첫 번째 암" 또는 "두 번째 암"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫 번째 암" 또는 "두 번째 암"의 암세포를 제거한 후 그 "첫 번째 암" 또는 "두 번째 암"으로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.

⑥ 제1항 제4호 및 제2항 제4호에서 "잔여암"이란 암보장개시일 이후 발생한 "암" 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑦ "두 번째 암" 및 "세 번째 암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "두 번째 암" 및 "세 번째 암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "두 번째 암" 및 "세 번째 암"으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외 합니다.

'제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 5 조【"수술"의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "첫 번째 암", "두 번째 암" 또는 "세 번째 암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 그 치료를 직접목적으로 하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "수술"은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(造作)을 가하는 것을 말하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액.조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 "수술"에서 제외합니다.

④ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다. 제1항의 암 수술은 "항암약물치료"와 "항암방사선치료"는 제외합니다.

제 6 조【"항암방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "첫 번째 암", "두 번째 암" 또는 "세 번째 암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

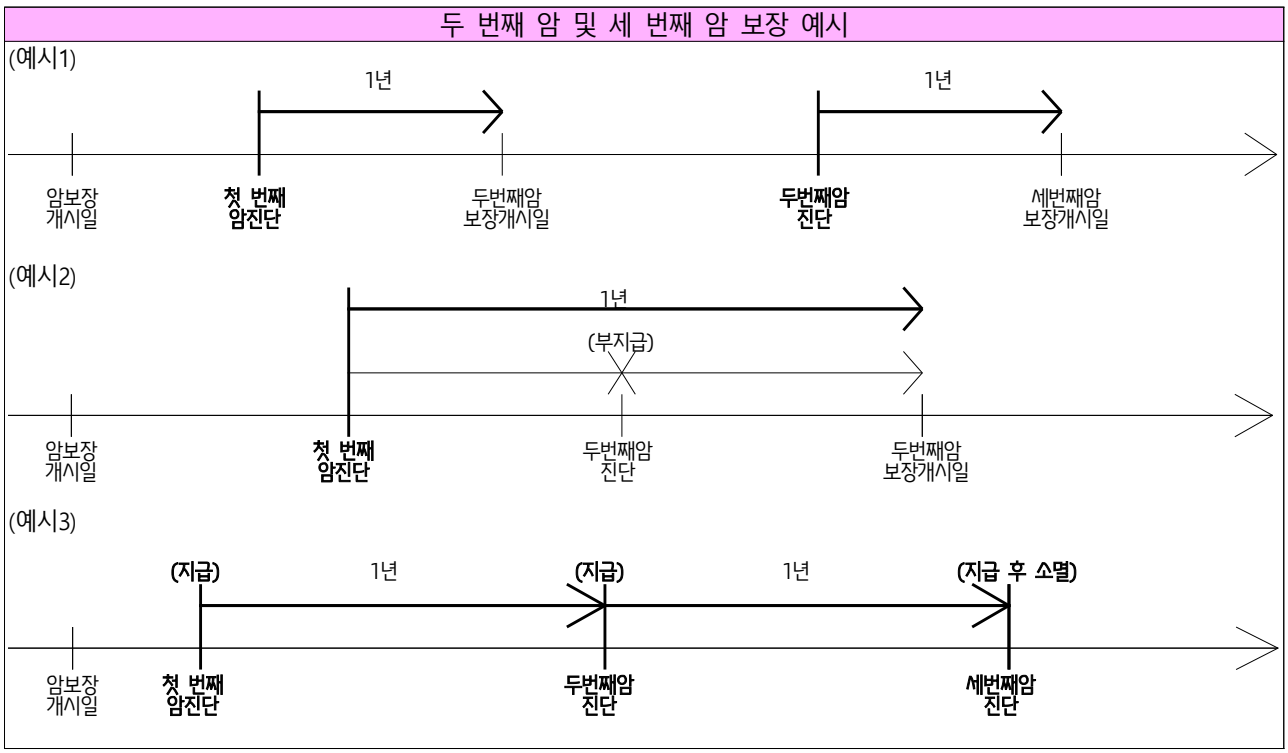
제 7 조【"항암약물치료"의 정의】

이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "첫 번째 암", "두 번째 암" 또는 "세 번째 암"의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제 8 조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 아래에 해당되었을 때에는 보험수익자에게 각각 1회에 한하여 세번받는암진단급여금(별표1 "보험금 지급기준표")을 지급합니다.

1. 암보장개시일 이후에 첫 번째 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)으로 진단 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)
2. 두 번째 암 보장개시일 이후에 두 번째 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)으로 진단 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)
3. 세 번째 암 보장개시일 이후에 세 번째 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)으로 진단 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)



제 9 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제8조(보험금의 지급사유)의 세번받는암진단급여금은 "첫 번째 암" 또는 "두 번째 암" 진단 확정일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날 이후에 제4조("두 번째 암" 및 "세 번째 암"의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항의 "두 번째 암" 또는 "세 번째 암"으로 진단확정 받은 경우에만 보험금이 지급됩니다.

③ 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 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 사

망연월일을 기준으로 합니다.
④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑫ 보험금 지급횟수는 이 특약의 보험기간 중에 발생한 보험금 지급사유에 따른 총 지급횟수를 기준으로 합니다.
⑬ 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 첫 번째 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 두 번째 암 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 두 번째 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 세 번째 암 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 세 번째 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단급여금을 지급하여 드립니다. 다만, 암보장개시일의 전일 이전에 첫 번째 암으로 진단확정되거나 두 번째 암 보장개시일의 전일 이전에 두 번째 암으로 진단확정되거나 세 번째 암 보장개시일의 전일 이전에 세 번째 암으로 진단확정된 경우는 제외합니다.
⑭ 사망시적립액 지급형의 경우 제13항에도 불구하고 제13조(특약의 체결 및 소멸)에 따라 피보험자의 사망으로 계약이 소멸되어 계약자적립액을 지급한 후에 세 번째 암 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 세 번째 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제13항에 따라 지급해야할 보험금의 합계액에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

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

⑮ 보험계약일로부터 180일 이내(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 180일이 되는 날까지를 말합니다)에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 세번받는암진단급여금의 지급사유 발생시에는 해당 보험가입금액의 10%만 지급합니다.
⑯ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 10 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여

드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 11 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 암 진단서, 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서, 수술증명서, 장해진단서, 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 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.

제 12 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 13 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 제20조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제14조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. "세 번째 암"으로 진단 확정되어 세번받는암진단급여금을 수령한 경우
⑦ 이 특약의 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 그 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
1. "첫 번째 암" 또는 "두 번째 암"으로 진단 확정되어 세번받는진단급여금이 지급되고 잔여 보험기간이 진단 확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

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

⑧ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.
⑨ 제6항 제2호에서 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 다만, 제9조(보험금지급에 관한 세부규정) 제13항에 의하여 세 번째 암에 대한 보험금이 지급된 경우에는 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
⑩ 제7항 및 제6항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제12조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 14 조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 15 조【특약의 무효】
① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 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)에 의한 동의를 얻지 않은 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제3조("첫 번째 암"의 정의 및 진단확정)에서 정하는 "첫 번째 암"으로 진단확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 17 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 18 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

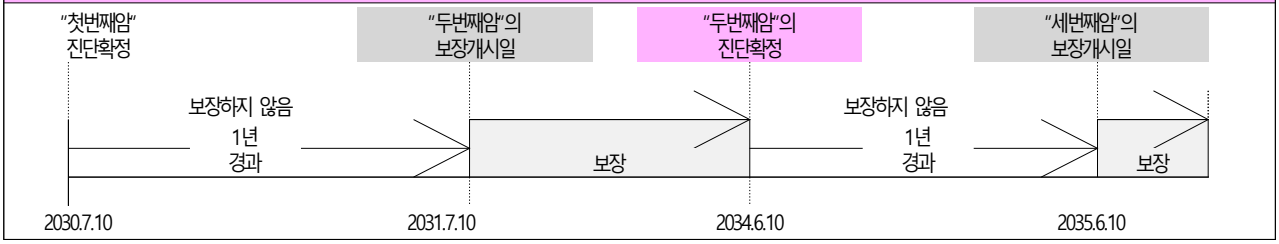
④ 제3항에도 불구하고 제3조("첫 번째 암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제4조("두 번째 암" 및 "세 번째 암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "두 번째 암"의 경우에는 "첫 번째 암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날을 두 번째 암에 대한 보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고 제4조("두 번째 암" 및 "세 번째 암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "세 번째 암"의 경우에는 "두 번째 암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날을 세 번째 암에 대한 보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

두번째암 보장개시일 및 세번째암 보장개시일



제 19 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 20 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.
1. 이 특약이 해지되기 전에 "첫 번째 암"으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특약의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하며, 제18조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항, 제5항 및 제6항을 적용합니다.
2. 이 특약이 해지되기 전에 "첫 번째 암" 또는 "두 번째 암"으로 진단확정된 경우 : 이 특약의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 보아 제18조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항 및 제6항을 적용합니다.

제 21 조【강제집행 등으로 해지된 해지특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 22 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 23 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 24 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
세번받는암 진단급여금 (제8조)	피보험자가 보험기간 중 아래에 해당되었을 때 (다만, 각 최초 1회한) - 암보장개시일 이후에 첫 번째 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)으로 진단 확정되었을 때 - 두 번째 암 보장개시일 이후에 두 번째 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)으로 진단 확정되었을 때 - 세 번째 암 보장개시일 이후에 세 번째 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)으로 진단 확정되었을 때	180일 이내	100만원
		180일 초과	1,000만원

주) 1. 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

2. 두 번째 암 및 세 번째 암 보장개시일은 다음과 같습니다.
   - 두 번째 암 : "첫 번째 암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날
   - 세 번째 암 : "두 번째 암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날

3. "두 번째 암"이라 함은 두 번째 암 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 "암"을 말합니다.
   - 새로운 원발암
   - 전이암
   - 재발암
   - 잔여암

4. "세 번째 암"이라 함은 세 번째 암 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 "암"을 말합니다.
   - 새로운 원발암
   - 전이암
   - 재발암
   - 잔여암

5. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

6. 보험금 지급횟수는 이 특약의 보험기간 중에 발생한 보험금 지급사유에 따른 총 지급횟수를 기준으로 합니다.

7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸됩니다.

8. 다만, 제7호에도 불구하고 제9조(보험금지급에 관한 세부규정) 제13항에 의하여 세 번째 암에 대한 보험금이 지급된 경우에는 사망시적립액 지급형의 경우에도 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제2항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제10항 및 제23조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
세번받는암 진단급여금 (제8조) 및 계약자적립액 (제13조 제7항 및 제9항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제12조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 전립선암주요치료플러스특약(연간1회한)(해약환급금 미지급형V2) 약관 [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 172
제 1 조【목적】 ····· 172
제 2 조【용어의 정의】 ····· 172

제2관 보험금의 지급 ····· 172
제 3 조【"전립선암"의 정의 및 진단확정】 ····· 172
제 4 조【"암 주요치료"의 정의】 ····· 172
제 5 조【"수술"의 정의와 장소】 ····· 173
제 6 조【"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의】 ····· 173
제 7 조【"급여 전립선암 생분해성 물질 주입술"의 정의】 ····· 173
제 8 조【보험금의 지급사유】 ····· 174
제 9 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 174
제 10 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 175
제 11 조【보험금의 청구】 ····· 175
제 12 조【보험금의 지급절차】 ····· 176

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 176
제 13 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 176
제 14 조【피보험자의 범위】 ····· 177
제 15 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 177
제 16 조【특약의 무효】 ····· 177
제 17 조【특약내용의 변경】 ····· 177

제4관 보험료의 납입 ····· 177
제 18 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 177
제 19 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 178
제 20 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 178
제 21 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 178

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 178
제 22 조【계약자의 임의해지】 ····· 178
제 22 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 178
제 23 조【특약의 해약환급금】 ····· 178

제6관 기타사항 ····· 178
제 24 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 178
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 179
(별표 2) 전립선암 분류표 ····· 180
(별표 3) 급여 전립선암 생분해성 물질 주입술 분류표 ····· 180
(별표 4) 재해분류표 ····· 181
(별표 5) 장해분류표 ····· 181
(별표 6) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 181

무배당 전립선암주요치료플러스특약(연간1회한)(해약환급금 미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【"전립선암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 별표2 "전립선암 분류표"에 해당하는 "전립선의 악성 신생물(C61)"을 말합니다. 다만, 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 해당되지 않습니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② "전립선암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration), 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "전립선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"암 주요치료"의 정의】

① 이 특약에서 "암 주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, 암으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 "암 주요치료"로 봅니다.

② 다음 각 호의 사항은 "암 주요치료"에 포함되지 않습니다.

1. 면역력 강화 치료
2. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
3. 호르몬 관련 치료제를 이용한 치료

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.

4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련된 사항
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련된 사항
6. 기타 "암 주요치료"와 관련이 없는 각종 사항(진찰, 입원, 마취, 검사 등)

제 5 조【"수술"의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 전립선암으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 전립선암의 직접적인 치료를 목적으로 하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "수술"은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 "수술"에서 제외합니다.

④ 제1항의 전립선암 수술은 "항암약물치료"와 "항암방사선치료"는 제외합니다.

제 6 조【"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의】

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 전립선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 전립선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료(이하 "항암약물치료"라 합니다)하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제 7 조【"급여 전립선암 생분해성 물질 주입술"의 정의】

① 이 특약에서 "급여 전립선암 생분해성 물질 주입술"이라 함은 병원의 의사에 의하여 "전립선암 방사선 치료를 위한 생분해성 물질 주입술"이 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 "전립선암 방사선 치료를 위한 생분해성 물질 주입술"을 사용하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 의료행위는 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(보건복지부고시 제2023-57호)」의 [별표1]의 864에 해당하는 의료행위(전립선암 방사선 치료를 위한 생분해성 물질 주입술)를 말합니다.

[신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(별표1)]

864. 전립선암 방사선 치료를 위한 생분해성 물질 주입술

가. 기술명
- 한글명: 전립선암 방사선 치료를 위한 생분해성 물질 주입술
- 영문명: Biodegradable Material Injection for Radiation Therapy in Prostate Cancer

나. 사용목적
- 직장으로 전달되는 방사선량을 줄여 직장손상 및 관련 합병증 감소

다. 사용대상
- 근치적 방사선 치료를 받는 전립선암 환자

라. 시술방법
- 경직장초음파 유도하 전방 직장벽과 전립선 사이에 위치한 직장 주위 지방에 생분해성 물질을 주사하여 임시공간을 생성함

③ 제1항의 의료행위는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우(이하 "급여 인정기준"이라 합니다)로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류항목 중 별표 3 "급여 전립선암 생분해성 물질 주입술 분류표"에서 정한 의료행위를 말합니다.
④ 제3항에도 불구하고 "급여 전립선암 생분해성 물질 주입술" 의료행위 당시의 기준에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 급여인정 기준이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 "급여 전립선암 생분해성 물질주입술" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 급여 인정기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 급여 인정기준을 따릅니다.
⑥ 제3항 및 제5항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 별표 3 "급여 전립선암 생분해성 물질 주입술 분류표"에서 정한 의료행위 외에 급여 인정기준에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제 8 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 제18조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 전립선암 주요치료보험금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 전립선암으로 진단확정되고, 그 전립선암의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료를 받았을 경우
   (다만, 연간 1회에 한함)
2. 급여 전립선암 생분해성 물질주입술 보험금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "급여 전립선암 생분해성 물질 주입술"을 받은 경우
   (다만, 연간 1회에 한함)

제 9 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표5 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표4 "재해분류표"에서 정한 "재해", 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 제8조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 보험금의 지급횟수는 각 연간 1회 한도이며, 연간 보장한도를 초과한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
⑫ "연간"이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.
⑬ 제8조(보험금의 지급사유) 제1호의 보험금은 피보험자가 보험계약일부터 10년 미만(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 10년이 되는 시점의 계약해당일의 전일까지를 말합니다)에 보험금 지급사유 발생시에는 보험가입금액의 100%를, 그 이후 보험금 지급사유 발생시에는 보험가입금액의 200%를 보험금으로 지급합니다.
⑭ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 10 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 11 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 전립선암 진단서, 검사결과지, 수술증명서, 항암방사선치료 증명서, 항암약물치료 증명서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 기재) 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함합니다)

4. 피보험자가 아닌 계약자가 청구하는 경우에는 피보험자 또는 그 상속인의 동의서
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제 12 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 13 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 "청약일로부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제15조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제20조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제14조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.
⑧ 제6항 제2호에서 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.
⑨ 제6항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.
⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 14 조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 15 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】
이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 16 조【특약의 무효】
① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제46조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제3조(전립선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정하는 전립선암으로 진단확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 17 조【특약내용의 변경】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 18 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
④ 제4항에도 불구하고 제3조(전립선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "전립선암" 및 제7조("급여 전립선암 생분해성 물질 주입술"의 정의)에서 정한 "급여 전립선암 생분해성 물질 주입술"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복))부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 19 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 20 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 21 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 22 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 23 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 24 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
전립선암 주요치료보험금 (제8조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 전립선암으로 진단확정되고, 그 전립선암의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료를 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	10년 미만	1,000만원
		10년 이후	2,000만원
급여 전립선암 생분해성 물질주입술 보험금 (제8조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "급여 전립선암 생분해성 물질주입술"을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	50만원	

주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

3. 암 주요치료 : 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료 등

4. "급여 전립선암 생분해성 물질주입술"이라 함은 급여 인정기준에 해당하는 의료행위로, 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(보건복지부고시 제2023-57호)」의 [별표1]의 864에 해당하는 의료행위(전립선암 방사선 치료를 위한 생분해성 물질 주입술)를 말합니다.

5. 보험금의 지급횟수는 각 연간 1회 한도이며, 연간 보장한도를 초과한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

6. "연간"이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸합니다.

(별표 2)

전립선암 분류표

① 약관 제3조에서 정하는 "전립선암"으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 전립선암 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
전립선암	전립선의 악성 신생물	C61

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 전립선암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 다만, 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 해당되지 않습니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

급여 전립선암 생분해성 물질 주입술 분류표

① 약관 제7조에서 정하는 "급여 전립선암 생분해성 물질 주입술"로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
전립선암 방사선 치료를 위한 생분해성 물질 주입술	R4005

② 제1항에도 불구하고 "급여 전립선암 생분해성 물질 주입술" 의료행위 당시의 기준에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 급여인정 기준이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 "급여 전립선암 생분해성 물질주입술" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 인정기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 급여 인정기준을 따릅니다.

④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 전립선암 생분해성 물질 주입술 분류표에서 정한 의료행위 외에 급여 인정기준에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 5)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조, 제13조 제10항 및 제23조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
보험금 (제8조) 및 계약자적립액 (제13조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제12조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 전이암진단생활비특약(해약환급금미지급형V2)Ⅱ 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 183
제 1 조【목적】 ····· 183
제 2 조【용어의 정의】 ····· 183

제2관 보험금의 지급 ····· 183
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 183
제 4 조【보험금의 지급사유】 ····· 184
제 5 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 184
제 6 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 185
제 7 조【보험금의 청구】 ····· 185
제 8 조【보험금의 지급절차】 ····· 185

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 186
제 9 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 186
제 10 조【피보험자의 범위】 ····· 186
제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 186
제 12 조【특약의 무효】 ····· 186
제 13 조【특약내용의 변경】 ····· 187

제4관 보험료의 납입 ····· 187
제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 187
제 15 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 187
제 16 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 187
제 17 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 188

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 188
제 18 조【계약자의 임의해지】 ····· 188
제 18 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 188
제 19 조【특약의 해약환급금】 ····· 188

제6관 기타사항 ····· 188
제 20 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 188
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 189
(별표 2) 전이암Ⅱ 분류표 ····· 190
(별표 3) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 191
(별표 4) 재해분류표 ····· 192
(별표 5) 장해분류표 ····· 192
(별표 6) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 193

무배당 전이암진단생활비특약(해약환급금미지급형V2)Ⅱ 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "전이암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "전이암Ⅱ 분류표"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"는 제외합니다.

② 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표3 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다.

1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다. 다만, 해당 유의사항은 제2항의 "암"에 한하여 적용하며 제1항의 "전이암"에는 이를 적용하지 않습니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ "전이암", "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "전이암", "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "전이암", "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 제14조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 전이암으로 진단확정되고, 진단확정일부터 매년 진단확정일에 살아있을 경우 보험수익자에게 "전이암진단 생활자금"(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 해당연도에 대하여 12회 확정지급합니다. (최초 36회 보증지급, 최대 종신지급)

제 5 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표5 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표4 "재해분류표"에서 정한 "재해", 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 피보험자가 암보장개시일 이후에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 전이암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 생활자금 중 36회까지의 보증지급 해당액을 지급합니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 전이암으로 진단확정된 경우는 제외합니다.

⑫ 사망시적립액 지급형의 경우 제11항에도 불구하고 제9조(특약의 체결 및 소멸)에 따라 피보험자의 사망으로 계약이 소멸되어 계약자적립액을 지급한 후에 전이암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제11항에 따라 지급해야할 보증지급 해당액에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

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

⑬ 생활자금은 진단확정일로부터 매년 진단확정일에 살아있을 경우 지급하며, 해당연도에 대하여 생활자금을 12개월동안 확정지급합니다.
⑭ 피보험자가 생활자금 보증지급기간(진단확정일을 1회로 하여 36회까지) 중 사망한 경우에는 잔여 보증지급금액을 지급합니다.
⑮ 생활자금 수령 중 보험기간이 종료되더라도 매년 진단확정일에 피보험자가 살아있을 경우 해당월 생활자금은 보험기간 만기와 관계없이 지급합니다. 다만, 해당월에 진단확정일이 없는 경우 해당월의 말일을 진단확정일로 합니다.
⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 암진단서, 장해진단서, 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 회사는 생활자금의 경우 확정지급 및 보증지급되는 금액 중 지급되지 않은 금액을 선지급 받기 원하는 경우에 한해 "평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료 산출시 적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급합니다.

제 8 조【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 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제10조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서, 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 다만, 제5조(보험금지급에 관한 세부규정) 제11항에 의하여 보험금을 지급받은 경우에는 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 10 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 12 조【특약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정)에서 정하는 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 진단확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 13 조【특약내용의 변경】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에 정한 "전이암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 15 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
①보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 16 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 17 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 18 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 18 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 20 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 100만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
전이암진단 생활자금 (제4조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 전이암으로 진단확정되고, 진단확정일부터 매년 진단확정일에 살아있을 경우 (최초 36회 보증지급, 최대 종신지급)	매월 100만원

주) 1. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 피보험자가 암보장개시일 이후에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 생활자금은 진단확정일로부터 매년 진단확정일에 살아있을 경우 지급하며, 해당연도에 대하여 생활자금을 12개월동안 확정지급합니다.
4. 피보험자가 생활자금 보증지급기간(진단확정일을 1회로 하여 36회까지) 중 사망한 경우에는 잔여 보증지급금액을 지급합니다.
5. 생활자금 수령 중 보험기간이 종료되더라도 매년 진단확정일에 피보험자가 살아있을 경우 해당월 생활자금은 보험기간 만기와 관계없이 지급합니다.
6. 보험금의 지급사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 없습니다.
7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸합니다. 다만, 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 의하여 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 전이암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 생활자금 중 36회까지의 보증지급 해당액을 지급하며, 이 경우에는 사망시적립액 지급형의 경우도 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

(별표 2)

전이암Ⅱ 분류표

① 약관 제3조에서 정하는 전이암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 전이암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
○ 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
○ 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 전이암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 5)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조, 제9조 제10항 및 제19조 관련)

<table>
<tr><th>구 분</th><th colspan="2">기 간</th><th>지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">제1회 생활자금
(제4조)
및
계약자적립액
(제9조 제8항)</td><td colspan="2">지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간</td><td>보험계약대출이율+가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간</td><td>보험계약대출이율+가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 91일이후 기간</td><td>보험계약대출이율+가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">제2회 이후의
생활자금
(제4조)</td><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이내</td><td>평균공시이율</td></tr>
<tr><td>보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이후</td><td>1년 이내 : 평균공시이율의 50%
1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td rowspan="2">해약환급금
(제19조)</td><td colspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년 이내 : 평균공시이율의 50%
1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
</table>

주) 1. 제2회 이후의 생활자금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 전이암진단특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 195
제 1 조【목적】 ····· 195
제 2 조【용어의 정의】 ····· 195

제2관 보험금의 지급 ····· 195
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 195
제 4 조【보험금의 지급사유】 ····· 196
제 5 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 196
제 6 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 197
제 7 조【보험금의 청구】 ····· 197
제 8 조【보험금의 지급절차】 ····· 198

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 198
제 9 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 198
제 10 조【피보험자의 범위】 ····· 199
제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 199
제 12 조【특약의 무효】 ····· 199
제 13 조【특약내용의 변경】 ····· 199

제4관 보험료의 납입 ····· 199
제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 199
제 15 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 200
제 16 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 200
제 17 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 200

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 200
제 18 조【계약자의 임의해지】 ····· 200
제 18 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 200
제 19 조【특약의 해약환급금】 ····· 200

제6관 기타사항 ····· 200
제 20 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 200
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 201
(별표 2) 전이암 분류표 ····· 202
(별표 3) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 203
(별표 4) 재해분류표 ····· 204
(별표 5) 장해분류표 ····· 204
(별표 6) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 205

무배당 전이암진단특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "전이암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "전이암 분류표"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"는 제외합니다.

② 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표3 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다.

1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다. 다만, 해당 유의사항은 제2항의 "암"에 한하여 적용하며 제1항의 "전이암"에는 이를 적용하지 않습니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 "림프절전이암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ "전이암", "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "전이암", "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "전이암", "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 제14조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 전이암으로 진단확정 되었을 경우에는 보험수익자에게 전이암진단급여금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한함)

제 5 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표5 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표4 "재해분류표"에서 정한 "재해", 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 피보험자가 암보장개시일 이후에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 전이암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 진단급여금을 지급합니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 전이암으로 진단확정된 경우는 제외합니다.

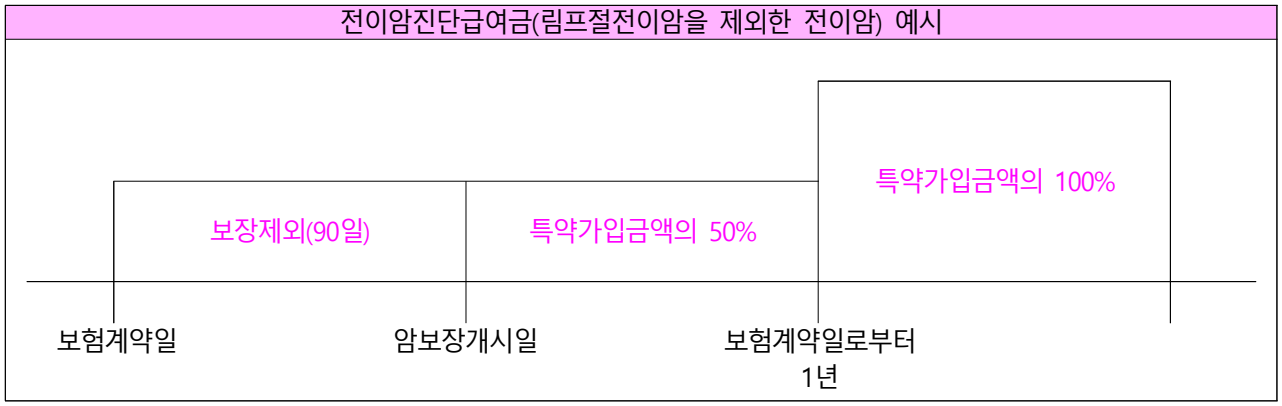
⑫ 사망시적립액 지급형의 경우 제11항에도 불구하고 제9조(특약의 체결 및 소멸)에 따라 피보험자의 사망으로 계약이 소멸되어 계약자적립액을 지급한 후에 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 전이암을 직접 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제11항에 따라 지급해야할 보험금의 합계액에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

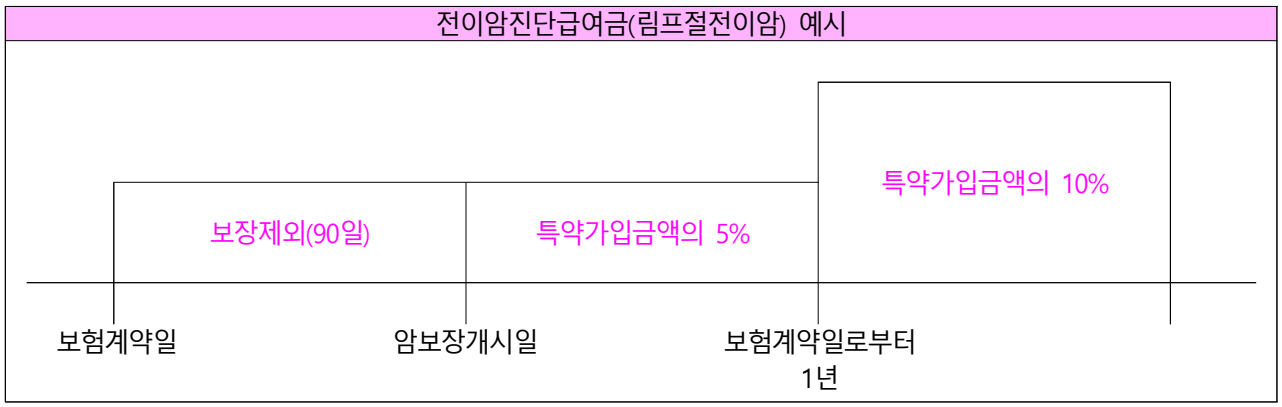
⑬ 보험계약일부터 1년 미만(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일까지를 말합니다)에 보험금의 지급사유 발생시에는 보험가입금액의 50%만 지급합니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 보험계약일부터 1년 미만(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해

당일의 전일까지를 말합니다)에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제5항에서 정한 림프절전이암으로 진단확정되어 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험가입금액의 5%만 지급합니다.

⑮ 보험계약일부터 1년 이후에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제5항에서 정한 림프절전이암으로 진단확정되어 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험가입금액의 10%만 지급합니다.





⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 암진단서, 장해진단서, 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증

명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조【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 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 또는 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.

2. 제10조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험금 지급사유 발생으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서, 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 다만, 제5조(보험금지급에 관한 세부규정) 제11항에 의하여 전이암진단급여금을 지급받은 경우에는 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 10 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 12 조【특약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정)에서 정하는 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 진단확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 13 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료

를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
④ 제3항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에 정한 "전이암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 15 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 16 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 17 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 18 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 18 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 20 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
전이암 진단급여금 (제4조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 전이암으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만	500만원 ※ 다만 림프절전이암으로 진단확정되었을 경우 가입금액의 5%지급
		1년 이후	1,000만원 ※ 다만 림프절전이암으로 진단확정되었을 경우 가입금액의 10%지급

주) 1. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

2. 암으로 분류되는 질병 중 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 "분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 "림프절전이암"이라 합니다.

3. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 피보험자가 암보장개시일 이후에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸합니다.

5. 다만, 제4항에도 불구하고 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 의하여 전이암진단급여금을 지급받은 경우에는 사망시적립액 지급형의 경우에도 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

(별표 2)

전이암 분류표

① 약관 제3조에서 정하는 전이암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 전이암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
○ 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
○ 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
○ 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 전이암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 5)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조, 제11조 제9항 및 제19조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
진단급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제19조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 종합병원소액암주요치료+특약(치료별,연간1회한)(해약환급금미지급형V2) 약관 [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 207
제 1 조【보장종목】 ····· 207
제 2 조【목적】 ····· 207
제 3 조【용어의 정의】 ····· 207

제2관 보험금의 지급 ····· 207
제 4 조【"종합병원"의 정의】 ····· 207
제 5 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 207
제 6 조【"소액암 주요치료+"의 정의】 ····· 208
제 7 조【수술의 정의와 장소】 ····· 208
제 8 조【"항암약물치료(호르몬약물치료 제외)"의 정의】 ····· 208
제 9 조【"항암방사선치료"의 정의】 ····· 209
제 10 조【"중환자실치료"의 정의】 ····· 209
제 11 조【"다빈치또는레보아이로봇암수술"의 정의】 ····· 209
제 12 조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】 ····· 209
제 13 조【보험금의 지급사유】 ····· 210
제 14 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 210
제 15 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 211
제 16 조【보험금의 청구】 ····· 211
제 17 조【보험금의 지급절차】 ····· 211

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 212
제 18 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 212
제 19 조【피보험자의 범위】 ····· 212
제 20 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 212
제 21 조【특약의 무효】 ····· 213
제 22 조【특약내용의 변경】 ····· 213

제4관 보험료의 납입 ····· 213
제 23 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 213
제 24 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 214
제 25 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 214
제 26 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 214

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 214
제 27 조【계약자의 임의해지】 ····· 214
제 27 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 214
제 28 조【특약의 해약환급금】 ····· 214

제6관 기타사항 ····· 214
제 29 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 214
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 215
(별표 2) 제자리의 신생물 분류표 ····· 216
(별표 3) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 217
(별표 4) 재해분류표 ····· 218
(별표 5) 장해분류표 ····· 218
(별표 6) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 218

무배당 종합병원소액암주요치료+특약(치료별,연간1회한)(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【보장종목】

이 특약은 보험회사(이하 "회사"라 합니다)가 판매하는 1종(수술), 2종(항암약물치료(호르몬약물치료제외)), 3종(항암방사선치료), 4종(중환자실치료), 5종(다빈치또는레보아이로봇암수술)의 5개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

제 2 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 회사 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 3 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 4 조【"종합병원"의 정의】

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

제 5 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "소액암"이라 함은 "갑상선암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양"을 말합니다.

② 이 특약에서 "특정암"이라 함은 갑상선암 및 전립선암을 말합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "제자리의 신생물 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표3 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ "갑상선암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "갑상선암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
⑨ 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암", "기타피부암" 및 "전립선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑩ 제자리암 및 경계성종양의 진단확정은 병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 제자리암 및 경계성종양의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
⑪ 제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암 및 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 6 조【"소액암 주요치료+"의 정의】

이 특약에서 "소액암 주요치료+"라 함은 소액암 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우
3. 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
4. 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우
5. 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치또는레보아이로봇암수술을 받은 경우

제 7 조【수술의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의사(치과의사는 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 소액암으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 소액암의 직접적인 목적으로 하는 행위를 하는 것을 말합니다.
② 제1항에서 "수술"은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 "수술"에서 제외합니다.
④ 제1항의 암 수술은 "항암약물치료"와 "항암방사선치료"는 제외합니다.

제 8 조【"항암약물치료(호르몬약물치료 제외)"의 정의】

① 이 특약에서 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료(이하 "항암약물치료"라 합니다)하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다. 또한 호르몬 관련 치료제는 "항암약물치료(호르몬약물치료제외)"에서 제외됩니다.

제 9 조【"항암방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

제 10 조【"중환자실치료"의 정의】

① 이 특약에서 "중환자실치료"라 함은 의사 면허를 가진 자에 의하여 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제 11 조【"다빈치또는레보아이로봇암수술"의 정의】

① "다빈치또는레보아이로봇암수술"이란 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 「수술」 중 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

수가코드	행위명
QZ966	로봇 보조 수술 Robot-assisted Surgery
다빈치또는레보아이로봇암수술	
다빈치또는레보아이로봇암수술이란 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 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)	

② 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치또는레보아이로봇암수술"을 받은 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치또는레보아이로봇암수술"에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제 12 조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 종합병원 지정 기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 소액암 주요치료+ 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 약관의 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. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 약관내용 변경일 15일 이전까지 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 약관내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 약관내용 변경을 원하지 않는 경우 약관내용 변경일 전일까지 약관내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 회사가 적립한 약관내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

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

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 그때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항에서 제6항에도 불구하고 기존 약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

제 13 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 제23조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 경우
   (다만, 연간 1회에 한함)
2. 항암약물치료(호르몬약물치료제외)급여금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받았을 경우
   (다만, 연간 1회에 한함)
3. 항암방사선치료급여금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 항암방사선치료를 받았을 경우
   (다만, 연간 1회에 한함)
4. 중환자실치료급여금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 중환자실치료를 받았을 경우
   (다만, 연간 1회에 한함)
5. 다빈치또는레보아이로봇특정암수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 특정암으로 진단확정되고, 그 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치또는레보아이로봇암수술을 받았을 경우
   (다만, 연간 1회에 한함)

제 14 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표5 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표4 "재해분류표"에서 정한 "재해", 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제18조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장

해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 제13조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급횟수는 치료별 각 연간 1회 한도이며, 연간 1회를 초과하여 소액암 주요치료+를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
⑫ "연간"이라 함은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 계약해당일로 합니다.
⑬ 보험수익자와 회사가 제13조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 15 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 16 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 소액암 또는 특정암 진단서, 수술증명서, 검사결과지, 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 기재), 장해진단서 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액 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.

제 17 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제16조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제16조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제14조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제13항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 18 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 제24조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제19조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서, 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.

⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제16조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제17조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 19 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 20 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 21 조【특약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제5조(각종 암의 정의 및 진단확정)에서 정하는 갑상선암으로 진단확정된 경우

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 해당 보장종목을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 1종(수술), 2종(항암약물치료(호르몬약물치료제외)), 3종(항암방사선치료), 4종(중환자실치료) : 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제5조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제4항부터 제6항에서 정하는 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 확정된 경우
2. 5종(다빈치또는레보아이로봇특정암수술) : 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제5조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제7항에서 정하는 전립선암으로 진단 확정된 경우

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

③ 제1항 및 제2항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 22 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 23 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제5조(각종 암의 정의 및 진단확정)에서 정한 소액암 또는 특정암의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 24 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 25 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 26 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 27 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 27 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 28 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 29 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

- 1종(수술)

[기준 : 1종가입금액 100만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
종합병원 수술 급여금 (제13조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	100만원

- 2종(항암약물치료(호르몬약물치료제외))

[기준 : 2종가입금액 100만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
종합병원 항암약물치료 (호르몬약물 치료제외) 급여금 (제13조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	100만원

- 3종(항암방사선치료)

[기준 : 3종가입금액 100만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
종합병원 항암방사선치료 급여금 (제13조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 항암방사선치료를 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	100만원

- 4종(중환자실치료)

[기준 : 4종가입금액 100만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
종합병원 중환자실치료 급여금 (제13조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 중환자실치료를 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	100만원

- 5종(다빈치또는레보아이로봇특정암수술)

[기준 : 5종가입금액 100만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
다빈치또는레보아이로봇특정암수술 급여금 (제13조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 특정암으로 진단확정되고, 그 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치또는레보아이로봇암수술을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	100만원

주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 소액암 : 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양

3. 특정암 : 갑상선암, 전립선암

4. 소액암 주요치료+ : 수술, 항암약물치료(호르몬약물치료제외), 항암방사선치료, 중환자실치료, 다빈치또는레보아

이로봇암수술

5. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
6. "연간"이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 계약해당일로 합니다.
7. 보험금의 지급횟수는 치료별 각 연간 1회 한도이며, 연간 1회를 초과하여 소액암 주요치료+를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지않고 소멸됩니다.

(별표 2)

제자리의 신생물 분류표

① 약관 제5조 제5항에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
○ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
○ 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
○ 제자리흑색종	D03
○ 피부의 제자리암종	D04
○ 유방의 제자리암종	D05
○ 자궁경부의 제자리암종	D06
○ 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
○ 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

(주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관 제5조 제6항에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
o 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
o 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
o 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
o 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
o 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
o 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
o 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
o 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
o 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5제외)
o 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 1. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 "림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 5)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제17조 제2항, 제18조 제10항 및 제28조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
치료급여금 (제13조) 및 계약자적립액 (제18조 8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제28조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제17조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 종합병원일반암주요치료+특약(치료별,연간1회한)(해약환급금미지급형V2) 약관 [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 221
제 1 조【보장종목】 ····· 221
제 2 조【목적】 ····· 221
제 3 조【용어의 정의】 ····· 221

제2관 보험금의 지급 ····· 221
제 4 조【"종합병원"의 정의】 ····· 221
제 5 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 221
제 6 조【"일반암 주요치료+"의 정의】 ····· 222
제 7 조【수술의 정의와 장소】 ····· 222
제 8 조【"항암약물치료(호르몬약물치료제외)"의 정의】 ····· 222
제 9 조【"항암방사선치료"의 정의】 ····· 222
제 10 조【"중환자실치료"의 정의】 ····· 223
제 11 조【"다빈치또는레보아이 로봇암수술"의 정의】 ····· 223
제 12 조【"급여암특정통증완화치료"의 정의】 ····· 223
제 13 조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】 ····· 223
제 14 조【보험금의 지급사유】 ····· 224
제 15 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 224
제 16 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 225
제 17 조【보험금의 청구】 ····· 225
제 18 조【보험금의 지급절차】 ····· 226

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 226
제 19 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 226
제 20 조【피보험자의 범위】 ····· 227
제 21 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 227
제 22 조【특약의 무효】 ····· 227
제 23 조【특약내용의 변경】 ····· 227

제4관 보험료의 납입 ····· 228
제 24 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 228
제 25 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 228
제 26 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 228
제 27 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 228

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 228
제 28 조【계약자의 임의해지】 ····· 228
제 28 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 228
제 29 조【특약의 해약환급금】 ····· 228

제6관 기타사항 ····· 228
제 30 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 228
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 229
(별표 2) 재해분류표 ····· 230
(별표 3) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 231
(별표 4) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 전립선암 제외) ····· 232
(별표 5) 급여 신경차단술 분류표 ····· 233
(별표 6) 급여 신경파괴술 분류표 ····· 234

(별표 7) 장해분류표 ····· 235
(별표 8) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 235

무배당 종합병원일반암주요치료+특약(치료별,연간1회한)(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【보장종목】
이 특약은 보험회사(이하 "회사"라 합니다)가 판매하는 1종(수술), 2종(항암약물치료(호르몬약물치료제외)), 3종(항암방사선치료), 4종(중환자실치료), 5종(다빈치또는레보아이로봇암(특정암제외)수술), 6종(급여암특정통증완화치료)의 6개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

제 2 조【목적】
이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 회사 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 3 조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 4 조【"종합병원"의 정의】
"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

제 5 조【각종 암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표3 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

② 이 특약에서 "암(특정암제외)"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표4 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 전립선암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
1. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특약에서 "특정암"이라 함은 "갑상선암" 및 "전립선암"을 말합니다.

④ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
⑤ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
⑥ "암", "암(특정암제외)", "갑상선암" 및 "전립선암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "암(특정암제외)", "갑상선암" 및 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "암(특정암제외)", "갑상선암" 및 "전립선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 6 조【"일반암 주요치료+"의 정의】

이 특약에서 "일반암 주요치료+"라 함은 암 또는 암(특정암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받은 경우
3. 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
4. 암의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우
5. 암(특정암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치또는레보아이 로봇암수술을 받은 경우
6. 암의 통증완화를 목적으로 급여암특정통증완화치료를 받은 경우

제 7 조【수술의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 암의 직접적인 치료를 목적으로 하는 행위를 하는 것을 말합니다.
② 제1항에서 "수술"은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 "수술"에서 제외합니다.
④ 제1항의 암 수술은 "항암약물치료"와 "항암방사선치료"는 제외합니다.

제 8 조【"항암약물치료(호르몬약물치료제외)"의 정의】

이 특약에서 "항암약물치료(호르몬약물치료제외)"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다. 또한 호르몬 관련 치료제는 "항암약물치료(호르몬약물치료제외)"에서 제외됩니다.

제 9 조【"항암방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료(이하 "항암방사선치료"라

합니다)를 말합니다.

제 10 조【"중환자실치료"의 정의】

① 이 특약에서 "중환자실치료"라 함은 의사 면허를 가진 자에 의하여 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제 11 조【"다빈치또는레보아이 로봇암수술"의 정의】

① 이 특약에서 "다빈치또는레보아이 로봇암수술"이라 함은 암(특정암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

수가코드	행위명
QZ966	로봇 보조 수술 Robot-assisted Surgery
다빈치또는레보아이 로봇암수술	
다빈치또는레보아이 로봇암수술이란 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 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)	

② 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치또는레보아이 로봇암수술"을 받은 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치또는레보아이 로봇암수술"에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제 12 조【"급여암특정통증완화치료"의 정의】

① 이 특약에서 "급여암특정통증완화치료"라 함은 피보험자가 암으로 진단확정되고, 그 암의 통증완화를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 급여 신경차단술을 받은 경우
2. 급여 신경파괴술을 받은 경우
3. 급여 마약성진통제를 연간 30회(일)이상 처방받은 경우

② "급여 신경차단술"이라 함은 별표5 "급여 신경차단술 분류표"에 해당하는 진료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 신경차단술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

③ "급여 신경파괴술"이라 함은 별표6 "급여 신경파괴술 분류표"에 해당하는 진료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 신경파괴술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

④ "급여 마약성 진통제"라 함은 "급여 마약성 진통제 약효분류번호"에 해당하는 약제(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 마약성 진통제 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

※ 급여 마약성 진통제 약효분류번호 : 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890

⑤ 제2항에서 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 인정기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 급여 인정기준 을 따릅니다.

⑥ 제2항에서 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 신경차단술 인정기준", "급여 신경파괴술 인정기준" 또는 "급여 마약성진통제 인정기준" 외에 급여 인정기준에 해당하는 진료행위 및 약제가 있는 경우에는 그 진료행위 및 약제도 포함하는 것으로 합니다.

제 13 조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 종합병원 지정 기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 일반암 주요치료+ 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 약관의 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. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 약관내용 변경일 15일 이전까지 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 약관내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 약관내용 변경을 원하지 않는 경우 약관내용 변경일 전일까지 약관내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 회사가 적립한 약관내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

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

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 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항에서 제6항에도 불구하고 기존 약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

제 14 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 제24조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한함)
2. 항암약물치료(호르몬약물치료제외)급여금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한함)
3. 항암방사선치료급여금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 항암방사선치료를 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한함)
4. 중환자실치료급여금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 중환자실치료를 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한함)
5. 다빈치또는레보아이로봇암(특정암제외)수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(특정암제외)으로 진단확정되고, 그 암(특정암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치또는레보아이 로봇암수술을 받았을 경우
   (다만, 연간 1회에 한함)
6. 종합병원 급여암특정통증완화치료급여금
   피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 암의 통증완화를 목적으로 종합병원에서 급여암특정통증완화치료를 받았을 경우
   (다만, 연간 1회에 한함)

제 15 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표7 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표"에서 정한 "재해", 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해

이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제19조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 제14조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급횟수는 연간 1회 한도이며, 연간 1회를 초과하여 일반암 주요치료+를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑫ "연간"이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제14조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 16 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 17 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 암 진단서, 검사결과지, 수술증명서, 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 기재), 진료확인서(통증의 원인 필수 기재), 요양급여비용명세서(상병명 및 총 투여일수 필수기재), 장해진단서 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 18 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제17조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제의 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 또는 계약자적립액을 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표8(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제17조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제15조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제13항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 19 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제25조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.

2. 제20조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서, 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.

⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제17조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제18조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표8(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 20 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 21 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 22 조【특약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

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

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 해당 보장종목을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 1종(수술), 2종(항암약물치료(호르몬약물치료제외)), 3종(항암방사선치료), 4종(중환자실치료), 6종(급여암특정통증완화치료) : 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제5조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정하는 암으로 진단 확정된 경우
2. 5종(다빈치또는레보아이로봇암(특정암제외)수술) : 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제5조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정하는 암(특정암제외)으로 진단 확정된 경우

③ 제1항 및 제2항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 23 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 24 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제5조(각종 암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암 또는 암(특정암제외)의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 25 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 26 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 27 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 28 조【계약자의 임의해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 28 조의 2【위법계약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 29 조【특약의 해약환급금】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 30 조【보통보험약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

- 1종(수술)

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
종합병원 수술급여금 (제14조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	1,000만원

- 2종(항암약물치료(호르몬약물치료제외))

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
종합병원항암약물치료(호르몬약물치료제외)급여금 (제14조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 항암약물치료(호르몬약물치료제외)를 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	1,000만원

- 3종(항암방사선치료)

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
종합병원 항암방사선치료급여금 (제14조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 항암방사선치료를 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	1,000만원

- 4종(중환자실치료)

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
종합병원 중환자실치료급여금 (제14조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 중환자실치료를 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	1,000만원

- 5종(다빈치또는레보아이로봇암(특정암제외)수술)

[기준 : 5종가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
다빈치또는레보아이로봇암(특정암제외) 수술급여금 (제14조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(특정암제외)으로 진단확정되고, 그 암(특정암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치또는레보아이 로봇암수술을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	1,000만원

- 6종(급여암특정통증완화치료)

[기준 : 6종가입금액 100만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
종합병원 급여암특정통증완화 치료급여금 (제14조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 암의 통증완화를 목적으로 종합병원에서 급여암특정통증완화치료를 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	100만원

주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 갑상선암 및 기타피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 갑상선암 및 기타피부암 진단시 암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

3. "갑상선암", "전립선암"은 "암(특정암제외)"의 정의에서 제외되는 바, "갑상선암", "전립선암" 진단시 "암(특정암제외)"에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

4. 일반암 주요치료+ : 수술, 항암약물치료(호르몬약물치료제외), 항암방사선치료, 중환자실치료, 다빈치또는레보아이로봇암(특정암제외)수술, 급여암특정통증완화치료

5. 급여암특정통증완화치료 : 급여신경차단술, 급여신경파괴술, 급여마약성진통제 연간 30회(일)이상 처방

6. "연간"이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

7. 보험금의 지급횟수는 치료별 각 연간 1회 한도이며, 연간 1회를 초과하여 일반암 주요치료+를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

8. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

9. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지않고 소멸됩니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제5조 제1항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 전립선암 제외)

① 약관 제5조 제2항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 음경의 악성신생물	C60
○ 고환의 악성신생물	C62
○ 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물	C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 5)

급여 신경차단술 분류표

① 약관 제12조 제2항에서 정하는 급여 신경차단술로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	진료행위코드
지주막하 신경차단술	LA210
경막외 신경차단술	LA321
	LA322
	LA323
	LA324
	LA222
	LA223
	LA224
	LA225
	LA226
	LA227
	LA228
	LA325
	LA326
경막외 저장기펌프 제거술	LA330
뇌신경 및 뇌신경말초지 차단술	LA340
	LA341
	LA232
	LA233
	LA234
척수신경말초지 차단술	LA241
	LA242
	LA243
	LA244
	LA245
	LA247
	LA248
	LA249
	LA346
	LA347
	LA270
	LA271
	LA272
	LA273
	LA274
	LA275
	LA276
척수신경총, 신경근 및 신경절 차단술	LA251
	LA253
	LA352
	LA353
	LA354
	LA355
	LA356
	LA357
	LA358
	LA359
	LA360

교감신경총 및 신경절 차단술	LA261
	LA264
	LA265
	LA361
	LA362
	LA366
	LA367

② 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 인정기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 급여 인정기준을 따릅니다.
③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 신경차단술 분류표에서 정한 진료행위 외에 급여 인정기준에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

급여 신경파괴술 분류표

① 약관 제12조 제3항에서 정하는 급여 신경파괴술로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	진료행위코드
지주막하 신경파괴술	LB310
경막외 신경파괴술	LB320
뇌신경 및 뇌신경말초지 파괴술	LB331
	LB333
	LB334
	LB335
	LB336
척수신경 및 말초지 파괴술	LB341
	LB342
	LB343
	LB344
	LB345
	LB346
교감신경절 및 신경총 파괴술	LB351
	LB353
	LB354
	LB355
	LB356
	LB412
	LB413

② 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 인정기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 급여 인정기준을 따릅니다.
③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 신경파괴술 분류표에서 정한 진료행위 외에 급여 인정기준에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 7)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 8)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제18조 제2항, 제19조 제10항 및 제29조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
급여금 (제14조) 및 계약자적립액 (제19조 8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제29조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제18조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 카티항암약물허가치료특약(연간1회한)(갱신형)Ⅲ 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 237
제 1 조【목적】 ····· 237
제 2 조【용어의 정의】 ····· 237

제2관 보험금의 지급 ····· 237
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 237
제 4 조【"항암약물치료"의 정의】 ····· 238
제 5 조【"카티치료제" 및 "카티항암약물허가치료"의 정의】 ····· 238
제 6 조【보험금의 지급사유】 ····· 239
제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 239
제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 240
제 9 조【보험금의 청구】 ····· 241
제 10 조【보험금의 지급절차】 ····· 241

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 241
제 11 조【계약 전 알릴 의무】 ····· 241
제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ····· 241

제4관 특약의 성립과 유지 ····· 242
제 13 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 242
제 14 조【피보험자의 범위】 ····· 242
제 15 조【특약의 무효】 ····· 242
제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 242
제 17 조【특약의 갱신】 ····· 243
제 18 조【특약내용의 변경】 ····· 243

제5관 보험료의 납입 ····· 243
제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 243
제 20 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 244
제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 244
제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 244

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 244
제 23 조【계약자의 임의해지】 ····· 244
제 23 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 244
제 24 조【특약의 해약환급금】 ····· 244

제7관 기타사항 ····· 244
제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 244
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 245
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 246
(별표 3) "카티치료제" 해당 의약품명 및 성분명 안내 ····· 247
(별표 4) 재해분류표 ····· 247
(별표 5) 장해분류표 ····· 248
(별표 6) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 248

무배당 카티항암약물허가치료특약(연간1회한)(갱신형)Ⅲ 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말합니다. 다만 갱신계약에서 관련 법규 등의 변경으로 이 계약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.
4. 최초계약
   특약 체결시 최초로 부가하는 보험계약을 말합니다.
5. 갱신계약
   최초계약의 보험기간 만료 후 갱신되는 보험계약을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정은 병리 및 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암", "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"항암약물치료"의 정의】

이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의가 피보험자의 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료(이하 "항암약물치료"라 합니다)하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제 5 조【"카티치료제" 및 "카티항암약물허가치료"의 정의】

① 이 특약에 있어서 "카티(Chimeric antigen receptor-T)치료제"(이하 "카티치료제"라 합니다)라 함은 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메릭항원수용체T세포(CAR-T(카티)세포)를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

카티치료제
"카티치료제"란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로, 체내의 면역T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 항체 바이러스 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메릭항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.
"카티치료제" 해당 의약품명 및 성분명 안내
"카티치료제"에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 "카티치료제"에 해당하는 의약품명 및 성분명을 별표3 ("카티치료제" 해당 의약품명 및 성분명 안내)에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 "카티항암약물허가치료"라 함은 제4조("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "카티치료제"를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료 전문가들로 구성된 의원회를 말합니다.
"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법
• 식품의약품안전처 허가 내 '효능효과' 확인 : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색 • 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)' 확인 : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) – 의료정보 – 의약품정보 – 암질환사용약제및요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 카티치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "카티치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제 6 조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다)(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 카티항암약물허가치료를 받았을 때 보험수익자에게 카티항암약물허가치료보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다. (다만, 연간 1회에 한함)

제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표5 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표4 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 주계약의 보험료 납입이 면제되는 기간 동안 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전에 보험료 납입면제 사유가 발생하였다 하더라도 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

② 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제6항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

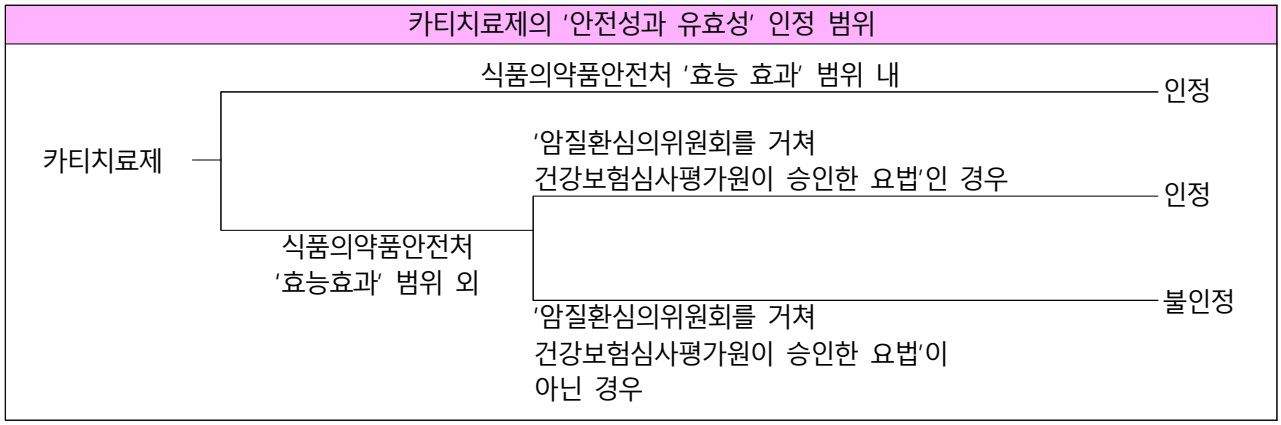
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부분에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

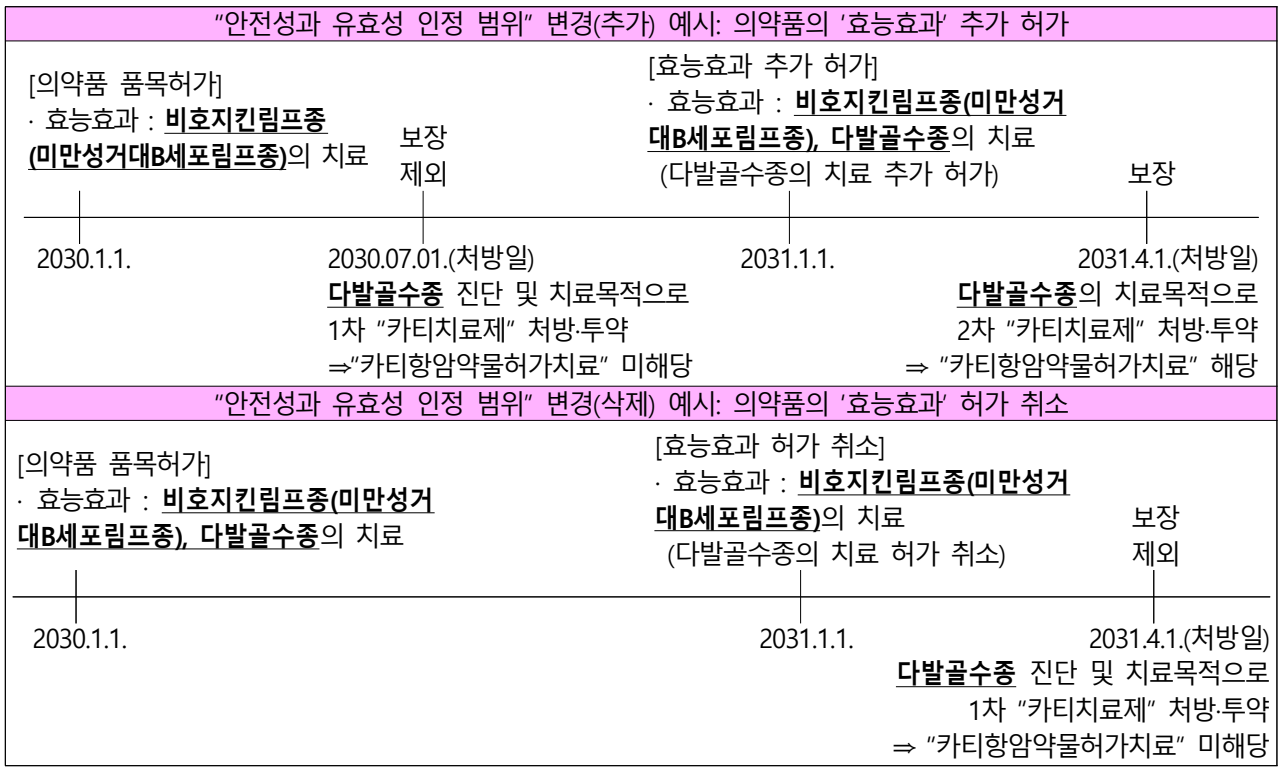
⑪ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험가입금액의 50%만 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 카티항암약물허가치료보험금을 삭감하여 지급하지 않습니다.

⑬ 제6조(보험금의 지급사유)의 "카티항암약물허가치료보험금"은 "카티치료제"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.



⑭ 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "카티항암약물허가치료를 받았을 때"는 "카티치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조("카티치료제" 및 "카티항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



⑮ 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급횟수는 연간 1회 한도로 해당 보험금을 지급합니다.
⑯ 제15항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
⑰ 연간 1회를 초과하여 "카티항암약물허가치료"를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암, 갑상선암 또는 기타피부암 진단서, 장해진단서, 사망진단서, 검사결과지 등)
3. 카티항암약물허가치료 증명서
   가. 카티항암약물허가치료 진단서 또는 카티항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㄱ. 진단명
      ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사 평가원이 승인한 요법' 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 11 조【계약 전 알릴 의무】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 13 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제14조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력은 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 14 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 15 조【특약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단이 확정된 경우

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

① 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 최초계약 당시 정한 갱신주기(갱신시 보험기간이 변경된 경우 변경된

보험기간)로 합니다.
② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보험기간 종료일이 100세를 초과하는 경우에 한하여 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 100세 계약해당일의 전일까지를 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.
③ 다만, 주계약이 갱신형일 경우 주계약의 최종 갱신계약 종료일이 100세 계약해당일 이전일 경우 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일 또한 주계약의 최종계약 보험기간 종료일로 합니다. 이 경우 갱신일부터 주계약의 최종계약 보험기간 종료일까지를 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조【특약의 갱신】
① 보험료 납입기일, 갱신조건, 보장개시일, 갱신보험료 계산, 보험료 납입면제운용 등 갱신에 관한 사항은 주계약 사업방법서 및 약관의 갱신에 관한 사항을 준용하여 적용합니다.
② 제1항에도 불구하고 주계약의 사업방법이 비갱신형일 경우 제5항에서 제13항을 따릅니다.
③ 제1항에도 불구하고 이 특약에서 최초계약의 보장개시일은 약관 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항을 따릅니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다.
④ 회사는 최초계약시 최대갱신가능나이가 포함된 갱신시점의 예상보험료를 안내합니다.
⑤ 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 계약을 갱신하지 않는다는 통지를 하지 않으면, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
⑥ 제5항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 않습니다.
1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 때
2. 갱신시점의 피보험자 나이가 100세 이상인 경우
3. 주계약이 갱신형인 경우 주계약의 최종 갱신계약 보험기간을 초과하는 경우
⑦ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
⑧ 제7항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 갱신 전 30일전까지 약관내용 변경 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취), 전자문서 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.
⑨ 제8항에 따라 약관내용 변경 등을 안내한 경우 회사는 계약자의 약관내용 변경 의사를 전화(음성녹취), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 약관내용 변경 의사가 확인되는 경우 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자가 약관내용의 변경 등을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 이 특약은 갱신되지 않습니다.
⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 약관내용 변경의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자는 갱신일부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
⑪ 갱신되는 계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산합니다.
⑫ 갱신되는 계약은 갱신시의 보험요율을 적용하며, 갱신시 변동되는 보험료 및 갱신제한사유에 해당하는 경우에는 갱신 전 30일전까지 계약자에게 그 내역 및 사유를 서면 또는 전화(음성녹취)로 알려드립니다.
⑬ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 18 조【특약내용의 변경】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약의 납입기일을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 납입기일을 준용합니다.
② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경

우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 갱신계약의 경우 보장개시일은 갱신일을 보장개시일로 합니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 경우에는 보험계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 20 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 23 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 23 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 24 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 7 관 기타사항

제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항 및 일부조항의 용어설명에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[최초계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
카티항암약물허가치료 보험금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 카티항암약물허가치료를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	1년 미만	500만원
		1년 이후	1,000만원

[갱신계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
카티항암약물허가치료 보험금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 카티항암약물허가치료를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	1,000만원

주) 1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날입니다. 다만, 갱신계약의 경우는 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

2. "카티항암약물허가치료보험금"은 "카티치료제"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 '효능효과' 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

3. 상기 보험금 지급사유 중 "카티항암약물허가치료를 받았을 때"는 "카티치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조("카티치료제" 및 "카티항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

4. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 특약보험료를 계속 납입하여야 합니다.

5. 보험금의 지급횟수는 연간 1회 한도로 해당 보험금을 지급합니다.

6. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호 2026. 1. 1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

"카티치료제" 해당 의약품명 및 성분명 안내

① 아래 내용은 보험약관 제5조에서 정한 "카티치료제"에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
② 아래 "카티치료제" 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 약제의 "카티치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
③ 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. "카티치료제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)

(별표 4)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)과 동일

(별표 5)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)과 동일

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제9항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
치료보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제13조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 통합항암약물방사선치료(전이암포함)특약(해약환급금미지급형V2) 약관 [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 250
제 1 조【목적】 ····· 250
제 2 조【용어의 정의】 ····· 250

제2관 보험금의 지급 ····· 250
제 3 조【"통합암"의 정의 및 진단확정】 ····· 250
제 4 조【"항암약물치료" 및 "항암방사선치료"의 정의】 ····· 250
제 5 조【보험금의 지급사유】 ····· 251
제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 251
제 7 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 252
제 8 조【보험금의 청구】 ····· 253
제 9 조【보험금의 지급절차】 ····· 253

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 253
제 10 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 253
제 11 조【피보험자의 범위】 ····· 254
제 12 조【특약의 무효】 ····· 254
제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 255
제 14 조【특약내용의 변경】 ····· 255

제4관 보험료의 납입 ····· 255
제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 255
제 16 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 255
제 17 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 255
제 18 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 255

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 255
제 19 조【계약자의 임의해지】 ····· 255
제 19 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 255
제 20 조【특약의 해약환급금】 ····· 255

제6관 기타사항 ····· 256
제 21 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 256
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 257
(별표 2) 통합암 분류표 ····· 258
(별표 3) 재해분류표 ····· 261
(별표 4) 장해분류표 ····· 261
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 262

무배당 통합항암약물방사선치료(전이암포함)특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【"통합암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "통합암"이라 함은 "1종 : 골·피부 등 전신부위암(전이포함)", "2종 : 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)", "3종 : 생식기암(전이포함)", "4종 : 두경부암(전이포함)", "5종 : 위암 및 식도암(전이포함)", "6종 : 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)", "7종 : 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)", "8종 : 흉곽내 기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)", "9종 : 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)", "10종 : 혈액암(전이포함)"(이하 "통합암"이라 합니다)을 말합니다.

② 제1항에서 정한 "통합암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "통합암 분류표"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

③ "통합암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "통합암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "통합암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"항암약물치료" 및 "항암방사선치료"의 정의】

① 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료(이하 "항암약물치료"라 합니다)하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

② 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료(이하 "항암방사선치료"라

합니다)를 말합니다.

제 5 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 제15조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 통합암으로 진단 확정되고, 그 통합암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 통합암항암약물방사선치료비(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)를 지급합니다. (다만, 세부보장(종)별 최초 1회에 한함)

제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표3 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

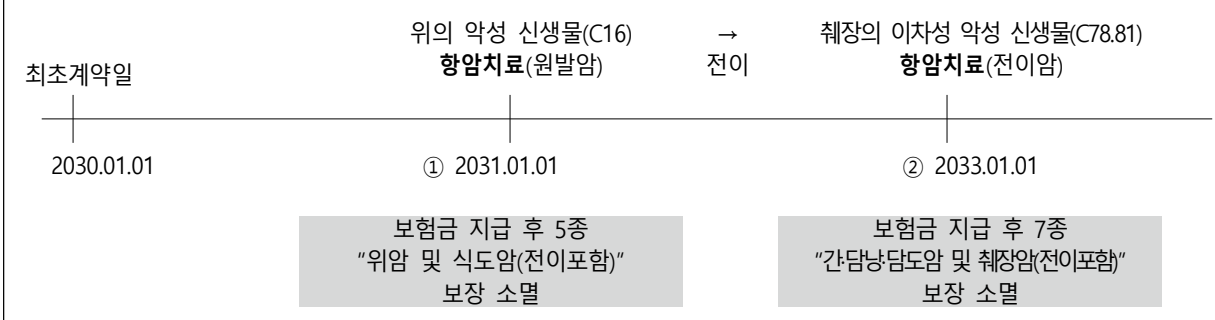
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 1종 : "골·피부 등 전신부위암(전이포함)", 2종 : "유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)", 3종 : "생식기암(전이포함)"의 경우 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일까지를 말합니다)에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유 발생시에는 보험가입금액의 50%만 지급합니다.

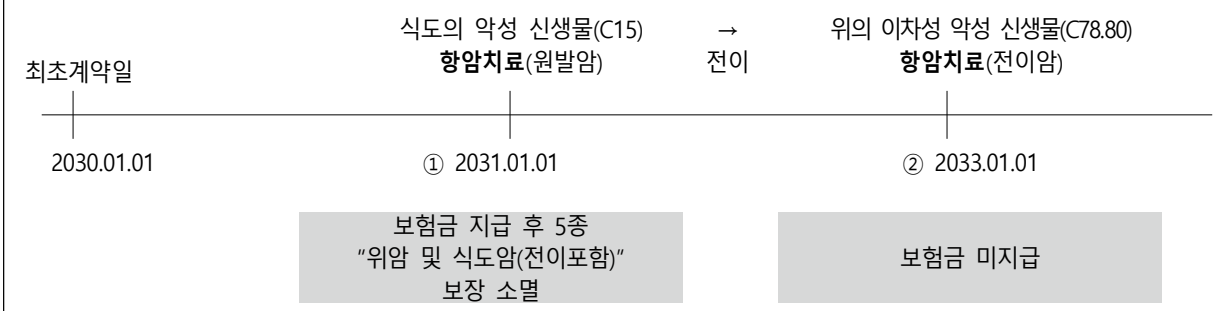
⑫ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

통합암항암약물방사선치료 지급예시[1]



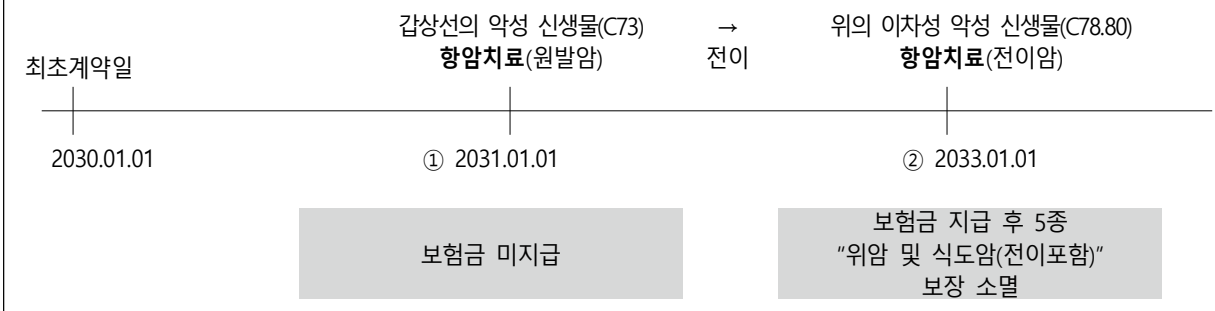
① : 2031.01.01. 위의 악성 신생물(C16)(원발암) 진단 후 항암치료를 받은 경우 5종 "위암 및 식도암(전이포함)"의 해당하는 보험금을 지급 후 해당 세부보장은 소멸됩니다.
② : 2033.01.01. 췌장의 이차성 악성 신생물(C78.81)(전이암) 진단 후 항암치료를 받은 경우 7종 "간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)"의 해당하는 보험금을 지급 후 해당 세부보장은 소멸됩니다.

통합암항암약물방사선치료 지급예시[2]



① : 2031.01.01. 식도의 악성 신생물(C15)(원발암) 진단 후 항암치료를 받은 경우 5종 "위암 및 식도암(전이포함)"의 해당하는 보험금을 지급 후 해당 세부보장은 소멸됩니다.
② : 2033.01.01. 위의 이차성 악성 신생물(C78.80)(전이암) 진단 후 항암치료를 받은 경우 이미 5종 "위암 및 식도암(전이포함)"의 보장이 소멸되었으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

통합암항암약물방사선치료 지급예시[3]



① : 2031.01.01. 갑상선의 악성 신생물(C73)(원발암) 진단 후 항암치료를 받은 경우 "통합암" 보장항목 제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금을 지급하지 않습니다.
② : 2033.01.01. 위의 이차성 악성 신생물(C78.80)(전이암) 진단 후 항암치료를 받은 경우 5종 "위암 및 식도암(전이포함)"의 해당하는 보험금을 지급 후 해당 세부보장은 소멸됩니다.

제 7 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금

지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서, 통합암진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액 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.

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

제 9 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5"보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 의한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제13항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외

되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제11조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
⑦ 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 각각의 세부보장(종)별 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
⑧ 제7항에 따라 모든 보장이 소멸 된 경우, 즉 총10회 보험금을 지급받은 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.
⑨ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.
⑩ 제6항 제2호에서, 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.
⑪ 제10항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.
⑫ 계약자적립액의 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 11 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 12 조【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 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 않는 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제3조("통합암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "통합암"으로 진단확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】
이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 보험료 납입기간 범위내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 14 조【특약내용의 변경】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
④ 제3항에도 불구하고 제3조("통합암"의 정의 및 진단확정) 제1항에 정한 "통합암"의 경우에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 이를 암보장개시일이라 합니다. 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 16 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 17 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 18 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 19 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 20 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 21 조【보통보험약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 100만원]

급 여 명	지 급 사 유
통합암항암약물 방사선치료비 (제5조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 통합암으로 진단 확정되고, 그 통합암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받았을 때 (다만, 세부보장(종)별 최초 1회에 한함)

세부보장(종)	지급금액	
	1년 미만	1년 이후
1종 : 골·피부 등 전신부위암(전이포함)	50만원	100만원
2종 : 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)	50만원	100만원
3종 : 생식기암(전이포함)	50만원	100만원
4종 : 두경부암(전이포함)	100만원	
5종 : 위암 및 식도암(전이포함)	100만원	
6종 : 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)	100만원	
7종 : 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)	100만원	
8종 : 흉곽내 기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)	100만원	
9종 : 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)	100만원	
10종 : 혈액암(전이포함)	100만원	

주) 1. 갑상선암 및 기타피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단시에는 암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

2. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 또한, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.

3. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지않고 소멸됩니다.

(별표 2)

통합암 분류표

① 약관 제3조 제1항에서 규정하는 통합암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통합암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
1종 골·피부 등 전신부위암 (전이포함)	° 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	° 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
	° 피부의 악성 흑색종	C43
	° 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
	° 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
	° 피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
	° 골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
	° 기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
	° 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
	° 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
	° 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
2종 유방· 비뇨기관·부신암 및 내분비선암 (전이포함)	° 유방의 악성 신생물	C50
	° 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	° 신우의 악성 신생물	C65
	° 요관의 악성 신생물	C66
	° 방광의 악성 신생물	C67
	° 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	° 부신의 악성 신생물	C74
	° 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
	° 신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
	° 방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1
	° 유방의 이차성 악성 신생물	C79.80
	° 부신의 이차성 악성 신생물	C79.7
3종 생식기암 (전이포함)	° 외음의 악성 신생물	C51
	° 질의 악성 신생물	C52
	° 자궁경부의 악성 신생물	C53
	° 자궁체부의 악성 신생물	C54
	° 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	° 난소의 악성 신생물	C56
	° 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	° 태반의 악성 신생물	C58
	° 난소의 이차성 악성 신생물	C79.6
	° 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81
	° 음경의 악성 신생물	C60
	° 전립선의 악성 신생물	C61
	° 고환의 악성 신생물	C62
	° 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63
	° 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81
4종 두경부암 (전이포함)	° 입술의 악성 신생물	C00
	° 혀뿌리의 악성 신생물	C01
	° 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C02
	° 잇몸의 악성 신생물	C03
	° 입바닥의 악성 신생물	C04
	° 구개의 악성 신생물	C05
	° 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C06
	° 귀밑샘의 악성 신생물	C07
	° 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
	° 편도의 악성 신생물	C09

	° 입인두의 악성 신생물	C10
	° 비인두의 악성 신생물	C11
	° 이상동(梨狀洞)의 악성 신생물	C12
	° 하인두의 악성 신생물	C13
	° 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C14
	° 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	° 부비동의 악성 신생물	C31
	° 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
5종 위암 및 식도암 (전이포함)	° 식도의 악성 신생물	C15
	° 위의 악성 신생물	C16
	° 위의 이차성 악성 신생물	C78.80
6종 소장·대장·항문암 및기타암 (전이포함)	° 소장의 악성 신생물	C17
	° 결장의 악성 신생물	C18
	° 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	° 직장의 악성 신생물	C20
	° 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	° 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
	° 소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
	° 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5
	° 비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
	° 기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
	° 상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89
7종 간·담낭·담도암 및 췌장암 (전이포함)	° 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	° 담낭의 악성 신생물	C23
	° 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	° 췌장의 악성 신생물	C25
	° 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
	° 췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81
8종 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암 (전이포함)	° 후두의 악성 신생물	C32
	° 기관의 악성 신생물	C33
	° 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	° 흉선의 악성 신생물	C37
	° 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	° 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
	° 중피종	C45
	° 카포시육종	C46
	° 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	° 후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
	° 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	° 폐의 이차성 악성 신생물	C78.0
	° 종격의 이차성 악성 신생물	C78.1
	° 흉막의 이차성 악성 신생물	C78.2
	° 기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3
	° 후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6
9종 뇌암 및 중추신경계통암 (전이포함)	° 수막의 악성 신생물	C70
	° 뇌의 악성 신생물	C71
	° 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
	° 뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
	° 신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
10종 혈액암 (전이포함)	° 호지킨림프종	C81
	° 소포성 림프종	C82
	° 비소포성 림프종	C83
	° 성숙T/NK-세포림프종	C84
	° 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
	° T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86

	° 악성 면역증식성 질환	C88
	° 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
	° 림프성 백혈병	C91
	° 골수성 백혈병	C92
	° 단핵구성 백혈병	C93
	° 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	° 상세불명 세포형의 백혈병	C95
	° 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
	° 진성 적혈구증가증	D45
	° 골수형성이상증후군	D46
	° 만성 골수증식질환	D47.1
	° 본태성 혈소판혈증	D47.3
	° 골수섬유증	D47.4
	° 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 통합암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)과 동일

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)과 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조, 제10조 제12항 및 제20조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
통합 항암약물방사선 치료비(제5조) 및 계약자적립액 (제10조 제10항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
해약환급금 (제20조)	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 특정만성질환납입면제특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 264
제 1 조【목적】 ····· 264
제 2 조【용어의 정의】 ····· 264

제2관 보험금의 지급 ····· 264
제 3 조【"특정만성질환"의 정의】 ····· 264
제 4 조【"중증고지혈증"의 정의 및 진단확정】 ····· 264
제 5 조【"중증당뇨병"의 정의 및 진단확정】 ····· 264
제 6 조【보험료 납입면제 사유】 ····· 264
제 7 조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 ····· 265
제 8 조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 265
제 9 조【보험료 납입면제의 청구】 ····· 266
제 10 조【보험료의 납입면제 절차】 ····· 266

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 266
제 11 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 266
제 12 조【피보험자의 범위】 ····· 267
제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 267
제 14 조【특약내용의 변경】 ····· 267

제4관 보험료의 납입 ····· 267
제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 267
제 16 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 267
제 17 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 267
제 18 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 268

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 268
제 19 조【계약자의 임의해지】 ····· 268
제 19 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 268
제 20 조【특약의 해약환급금】 ····· 268

제6관 기타사항 ····· 268
제 21 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 268
(별표 1) 고지혈증 분류표 ····· 269
(별표 2) 당뇨병 분류표 ····· 270
(별표 3) 재해분류표 ····· 271
(별표 4) 장해분류표 ····· 271
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 271

무배당 특정만성질환납입면제특약 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】
이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다)사이에 피보험자의 질병 또는 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【"특정만성질환"의 정의】
이 특약에서 "특정만성질환"이라 함은 제4조("중증고지혈증"의 정의 및 진단확정) 및 제5조("중증당뇨병"의 정의 및 진단확정)에서 정하는 "중증고지혈증" 및 "중증당뇨병"을 말합니다.

제 4 조【"중증고지혈증"의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에서 "고지혈증"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표1 "고지혈증 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.
② 이 특약에서 "중증고지혈증"이라 함은 제1항에서 정한 "고지혈증" 중 저밀도콜레스테롤 수치가 220mg/dL 이상을 만족하는 고지혈증을 말합니다.
③ 제2항에서 저밀도콜레스테롤 수치란 혈액검체에서 시행한 콜레스테롤 검사결과를 통해 측정된 수치를 말합니다.
④ "중증고지혈증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진자(치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 다만, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 중증고지혈증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 5 조【"중증당뇨병"의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에서 "당뇨병"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "당뇨병 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.
② 이 특약에서 "중증당뇨병"이라 함은 제1항에서 정한 "당뇨병" 중 당화혈색소(HbA1c) 9.5% 이상인 진단기준을 만족하여야 합니다. 당화혈색소 검사시에는 NGSP(National Glycohemoglobin Standardization Program)에 의해 인증되고 DCCT(Diabetes Control and Complications Trial) assay에 표준화된 방법을 사용합니다.
③ "중증당뇨병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진자(치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 다만, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 중증당뇨병으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 6 조【보험료 납입면제 사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 제15조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시)에서 정한 특정만성질환보장개시일

(이하 "특정만성질환보장개시일"이라 합니다) 이후에 피보험자가 "특정만성질환"으로 진단확정 되었을 경우에는 주계약 및 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 7 조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

① 피보험자가 보험기간 중 특정만성질환보장개시일 이후에 "특정만성질환"으로 진단확정 되었을 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 특정만성질환보장개시일 이전에 "특정만성질환"으로 진단확정 되었을 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

③ 제11조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

④ 제11조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 경우 장해지급률이 재해(별표3 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다)일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제11조(특약의 체결 및 소멸) 제6항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제11조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑧ 제11조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제11조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 계약자와 회사가 제1항 및 제6조(보험료 납입면제 사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제6조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서, 고지혈증 진단서, 당뇨병 진단서, 저밀도콜레스테롤 수치가 포함된 진료기록부(검사기록지 포함), 당화혈색소 수치를 포함한 진료기록부(검사기록지 포함), 진료기록지 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 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 계약자가 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조【보험료의 납입면제 절차】

① 회사는 제9조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 계약자적립액을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 계약자적립액을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험료 납입면제 사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 보험료 납입면제 예정일에 대하여 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
2. 제12조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하는 경우

3. 제12조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우
4. 제6조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 납입면제의 사유가 발생하고 보험료 납입면제 기간이 종료되었을 경우
5. 제6조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 납입면제의 사유가 발생하고 보험료 납입면제 기간이 종료되었을 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험료 납입면제의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제10조(보험료의 납입면제 절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 12 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제 14 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

③ 제2항에도 불구하고 제3조("특정만성질환"의 정의)에서 정한 "특정만성질환"의 경우에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날을 "특정만성질환보장개시일"로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 특정만성질환보장개시일
보장개시일과 특정만성질환보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 2030년 1월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 2030년 1월 1일 ☞ 보장개시일 예] 2030년 1월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 2030년 1월 1일 + 1년 2031년 1월 1일 ☞ 특정만성질환보장개시일

제 16 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 17 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 18 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 19 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 20 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 21 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

고지혈증 분류표

① 약관 제4조에서 규정하는 고지혈증으로 분류되는 것은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 고지혈증 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 고지혈증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 2)

당뇨병 분류표

① 약관 제5조에서 규정하는 당뇨병으로 분류되는 것은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 당뇨병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1형 당뇨병	E10
2형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 당뇨병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제11조 제9항 및 제20조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
계약자적립액 (제11조 제8항)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
해약환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조(보험료의2 납입면제 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 표적항암약물·특정표적방사선허가치료특약(갱신형) 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 273
제 1 조【목적】 ····· 273
제 2 조【용어의 정의】 ····· 273

제2관 보험금의 지급 ····· 273
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 273
제 4 조【"항암약물치료"의 정의】 ····· 274
제 5 조【"표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의】 ····· 274
제 6 조【"항암방사선치료"의 정의】 ····· 274
제 7 조【"특정표적방사선허가치료 적응증"의 정의】 ····· 275
제 8 조【"특정표적방사선허가치료제(방사성리간드치료제)" 및 "특정표적방사선허가치료"의 정의】 ····· 275
제 9 조【보험금의 지급사유】 ····· 275
제 10 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 275
제 11 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 278
제 12 조【보험금의 청구】 ····· 278
제 13 조【보험금의 지급절차】 ····· 279

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 279
제 14 조【계약 전 알릴 의무】 ····· 279
제 15 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ····· 279

제4관 특약의 성립과 유지 ····· 280
제 16 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 280
제 17 조【피보험자의 범위】 ····· 280
제 18 조【특약의 무효】 ····· 280
제 19 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 281
제 20 조【특약의 갱신】 ····· 281
제 21 조【특약내용의 변경】 ····· 282

제5관 보험료의 납입 ····· 282
제 22 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 282
제 23 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 282
제 24 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 282
제 25 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 282

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 283
제 26 조【계약자의 임의해지】 ····· 283
제 26 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 283
제 27 조【특약의 해약환급금】 ····· 283

제7관 기타사항 ····· 283
제 28 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 283
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 284
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 285
(별표 3) "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내 ····· 286
(별표 4) "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)" 해당 의약품명 및 성분명 안내 ····· 291
(별표 5) 재해분류표 ····· 292
(별표 6) 장해분류표 ····· 292
(별표 7) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 292

무배당 표적항암약물·특정표적방사선허가치료특약(갱신형) 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말합니다. 다만 갱신계약에서 관련 법규 등의 변경으로 이 계약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.
4. 최초계약
   특약 체결시 최초로 부가하는 보험계약을 말합니다.
5. 갱신계약
   최초계약의 보험기간 만료 후 갱신되는 보험계약을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정은 병리 및 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암", "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"항암약물치료"의 정의】

이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료(이하 "항암약물치료"라 합니다)하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제 5 조【"표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의】

① 이 특약에 있어서 "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.

② 이 특약에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제4조("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "표적항암제"를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

호르몬 관련 치료제
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
"표적항암제"에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 "표적항암제"에 해당하는 의약품명 및 성분명을 별표3("표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내)에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료 전문가들로 구성된 의원회를 말합니다.
"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법
• 식품의약품안전처 허가 내 '효능효과' 확인 : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색 • 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)' 확인 : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) – 의료정보 – 의약품정보 – 암질환사용약제및요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제 6 조【"항암방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 또는 핵의학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를

죽이는 치료(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

제 7 조【"특정표적방사선허가치료 적응증"의 정의】

① 이 특약에서 "특정표적방사선허가치료 적응증"이라 함은 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암" 중 제8조("특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)" 및 "특정표적방사선허가치료"의 정의)에서 정한 "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)"의 안전성과 유효성 인정범위에 따라 투약 처방이 가능한 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"을 말합니다.

② 제1항에 따라 현시점(2026년 5월 기준) "특정표적방사선허가치료 적응증"은 다음 각 호와 같이 한정되어 있습니다. 그러나, 투약 처방 시점에 "특정표적방사선허가치료 적응증"은 확대될 수 있으며, 이 때에는 제9조(보험금의 지급사유)에 따라 보장대상에 포함됩니다.

1. 성인의 소마토스타틴 수용체 양성의 신경내분비종양(GEP-NET)
2. 안드로겐 수용체 경로 차단(ARPI)치료와 탁산 기반의 화학요법을 받았던 성인의 전립선특이막항원(PSMA)양성 전이성 거세저항성 전립선암(mCRPC)

제 8 조【"특정표적방사선허가치료제(방사성리간드치료제)" 및 "특정표적방사선허가치료"의 정의】

① 이 특약에서 "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)"란 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, 특정 암세포를 표적하여 결합 가능한 펩타이드 또는 저분자화합물 기반의 표적리간드와 방사성동위원소를 결합한 형태의 약품을 말합니다.

"특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)" 해당 의약품명 및 성분명 안내
"특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)"에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2026년 4월 기준 "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)"에 해당하는 의약품명 및 성분명을 별표4 ("특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)" 해당 의약품명 및 성분명 안내)에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 표적 리간드 결합 없이 방사성동위원소 자체의 원소적 특성으로 작용하는 치료제는 제1항에서 정한 "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)"의 범위에서 제외됩니다.

③ 이 특약에서 "특정표적방사선허가치료"라 함은 제6조("항암방사선치료"의 정의)에서 정한 "항암방사선치료" 중「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "특정표적방사선허가치료적응증"의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)"를 '안전성과 유효성 인정 범위' 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 진단 및 영상검사 목적으로 투여하는 경우에는 보장하지 않습니다.

④ 제3항의 '안전성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

⑤ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 특정표적방사선치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제 9 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 제22조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다)(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암, 기타피부암("특정표적방사선허가치료"의 경우 "특정표적방사선허가치료 적응증")으로 진단 확정되고, 그 암, 갑상선암, 기타피부암("특정표적방사선허가치료"의 경우 "특정표적방사선허가치료 적응증")의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료" 또는 "특정표적방사선허가치료"를 받았을 경우에는 보험수익자에게 표적항암약물·특정표적방사선(방사성리간드치료제)보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한함)

제 10 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표6 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표5 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의

보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전에 보험료 납입면제 사유가 발생하였다 하더라도 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

② 제16조(특약의 체결 및 소멸) 제6항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부분에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

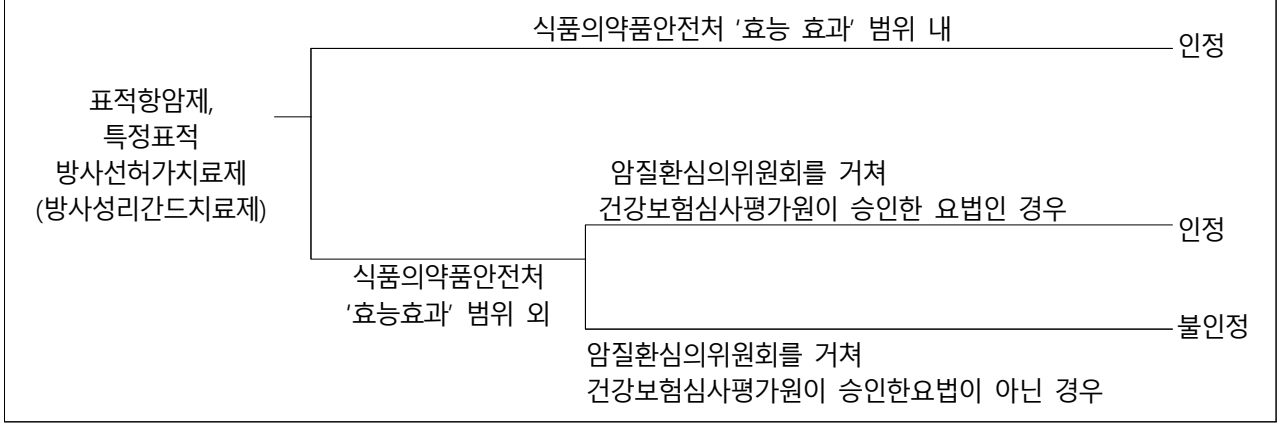
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 최초계약의 보험계약일로부터 1년 미만(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일까지를 말합니다)에 보험금의 지급사유 발생시에는 보험가입금액의 50%만 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 보험금을 삭감하여 지급하지 않습니다.

⑬ 제9조(보험금의 지급사유)의 "표적항암약물·특정표적방사선(방사성리간드치료제)보험금"은 "표적항암제" 또는 "특정표적방사선허가치료제(방사성리간드치료제)"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

표적항암제, 특정표적방사선허가치료제(방사성리간드치료제)의 '안전성과 유효성' 인정 범위



⑭ 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "표적항암약물허가치료를 받았을 경우"는 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
⑮ 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "특정표적방사선허가치료를 받았을 경우"는 "특정표적방사선허가치료제(방사성리간드치료제)"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제8조("특정표적방사선허가치료제(방사성리간드치료제)" 및 "특정표적방사선허가치료"의 정의) 제4항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

"안전성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시: 의약품의 '효능효과' 추가 허가

[의약품 품목허가]
· 분류번호
: 421(항악성종양제)
· 효능효과 : **유방암**의 치료

보장 제외

[효능효과 추가 허가]
· 효능효과
: **유방암, 위암**의 치료
(위암의 치료 추가 허가)

보장

2030.1.1.

2030.07.01.(처방일)
위암진단 및 **위암**의 치료목적으로
1차 "표적항암제" 처방·투약
⇒ "표적항암약물허가치료" 미해당

2031.1.1.

2031.4.1.(처방일)
위암의 치료목적으로
2차 "표적항암제" 처방·투약
⇒ "표적항암약물허가치료" 해당

"안전성과 유효성 인정 범위" 변경(삭제) 예시: 의약품의 '효능효과' 허가 취소

[의약품 품목허가]
· 분류번호
: 421(항악성종양제)
· 효능효과 : **유방암, 위암**의 치료

[효능효과 허가 취소]
· 효능효과 : **유방암**의 치료
(위암의 치료 허가 취소)

보장 제외

2030.1.1.

2031.1.1.

2031.4.1.(처방일)
위암진단 및 **위암**의 치료목적으로
1차 "표적항암제" 처방·투약
⇒ "표적항암약물허가치료" 미해당

"안전성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시: 의약품의 '효능효과' 추가 허가

[의약품 품목허가]
· 효능효과 : 소마토스타틴 수용체 양성 신경내분비종양의 치료

보장 제외

[효능효과 추가 허가]
· 효능효과
: 소마토스타틴 수용체 양성 신경내분비종양, 거세저항성 전립선암의 치료

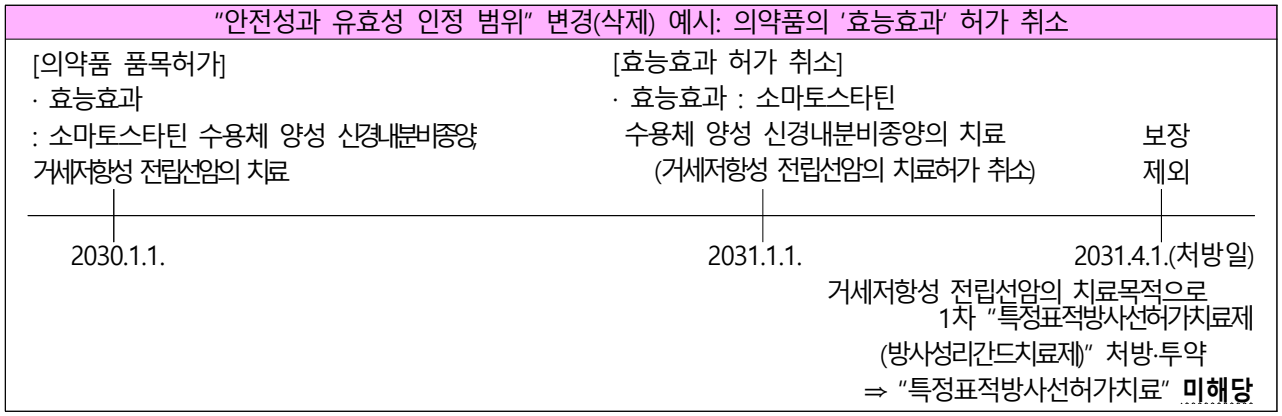
보장

2030.1.1.

2030.07.01.(처방일)
거세저항성 전립선암 진단 및 치료목적으로
1차 특정표적방사선허가치료제
(방사성리간드치료제) 처방·투약
⇒ "특정표적방사선허가치료" **미해당**

2031.1.1.

2031.4.1.(처방일)
거세저항성 전립선암 진단 및
치료목적으로
2차 특정표적방사선허가치료제
(방사성리간드치료제) 처방·투약
⇒ "특정표적방사선허가치료" **해당**



⑯ 보험수익자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 11 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 12 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암, 갑상선암 및 기타피부암 진단서, 장해진단서, 사망진단서, 검사결과지 등)
3. 표적항암약물허가치료 또는 특정표적방사선허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식) 또는 특정표적방사선허가치료 진단서 또는 특정표적방사선허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㄱ. 진단명
      ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사 평가원이 승인한 요법' 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
5 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련

법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 13 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제12조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제12조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 14 조【계약 전 알릴 의무】

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

제 15 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제14조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전

자문서 등으로 알려드립니다. 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제27조(특약의 해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제14조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 16 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제17조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력은 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 17 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 18 조【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환

하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단이 확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 19 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

① 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 최초계약 당시 정한 갱신주기(갱신시 보험기간이 변경된 경우 변경된 보험기간)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보험기간 종료일이 100세를 초과하는 경우에 한하여 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 100세 계약해당일의 전일까지를 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.

③ 다만, 주계약이 갱신형일 경우 주계약의 최종 갱신계약 종료일이 100세 계약해당일 이전일 경우 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일 또한 주계약의 최종계약 보험기간 종료일로 합니다. 이 경우 갱신일부터 주계약의 최종계약 보험기간 종료일까지를 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.

제 20 조【특약의 갱신】

① 보험료 납입기일, 갱신조건, 보장개시일, 갱신보험료 계산, 보험료 납입면제운용 등 갱신에 관한 사항은 주계약 사업방법서 및 약관의 갱신에 관한 사항을 준용하여 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 사업방법이 비갱신형일 경우 제5항에서 제13항을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약에서 최초계약의 보장개시일은 약관 제22조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항을 따릅니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

④ 회사는 최초계약시 최대갱신가능나이가 포함된 갱신시점의 예상보험료를 안내합니다.

⑤ 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 계약을 갱신하지 않는다는 통지를 하지 않으면, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 않습니다.

1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 때
2. 갱신시점의 피보험자 나이가 100세 이상인 경우
3. 최종 갱신계약의 보험기간 종료일이 주계약의 보험기간을 초과하는 경우
4. 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일 이전에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑦ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 갱신 전 30일전까지 약관내용 변경 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취), 전자문서 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑨ 제8항에 따라 약관내용 변경 등을 안내한 경우 회사는 계약자의 약관내용 변경 의사를 전화(음성녹취), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 약관내용 변경 의사가 확인되는 경우 갱

신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자가 약관내용의 변경 등을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 약관내용 변경의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자는 갱신일부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

⑪ 갱신되는 계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산합니다.

⑫ 갱신되는 계약은 갱신시의 보험요율을 적용하며, 갱신시 변동되는 보험료 및 갱신제한사유에 해당하는 경우에는 갱신 전 30일전까지 계약자에게 그 내역 및 사유를 서면 또는 전화(음성녹취)로 알려드립니다.

⑬ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 21 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 22 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약의 납입기일을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 납입기일을 준용합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 갱신계약의 경우 보장개시일은 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 경우에는 보험계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 23 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 24 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 25 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 26 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 26 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 27 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 7 관 기타사항

제 28 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[최초계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
표적항암약물·특정표적방사선(방사성리간드치료제)보험금 (제9조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암("특정표적방사선허가치료"의 경우 "특정표적방사선허가치료적응증")으로 진단 확정되고, 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암("특정표적방사선허가치료"의 경우 "특정표적방사선허가치료적응증")의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료" 또는 "특정표적방사선허가치료"를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만	500만원
		1년 이후	1,000만원

[갱신계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
표적항암약물·특정표적방사선(방사성리간드치료제)보험금 (제9조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암("특정표적방사선허가치료"의 경우 "특정표적방사선허가치료적응증")으로 진단 확정되고, 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암("특정표적방사선허가치료"의 경우 "특정표적방사선허가치료적응증")의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료" 또는 "특정표적방사선허가치료"를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원

주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. "표적항암약물·특정표적방사선 (방사성리간드치료제)보험금"은 "표적항암제" 또는 "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 '효능효과' 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

3. 상기 보험금 지급사유 중 "표적항암약물허가치료를 받았을 때"는 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

4. 상기 보험금 지급사유 중 "특정표적방사선허가치료를 받았을 때"는 "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제6조("특정표적방사선허가치료제(방사성리간드치료제)" 및 "특정표적방사선허가치료"의 정의) 제4항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

5. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 경우는 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표
(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

"표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내

① 아래 내용은 약관 제5조에서 정한 "표적항암제"에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
② 아래 "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 2019년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "표적항암제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
③ 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 명칭'을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밉 삼합체 bortezomib	벨조밉주1밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)
10	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙 메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
12	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)

13	엘로티닙염산염 erlotinib	광동엘로티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		광동엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		디쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		디쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정25밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
14	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정10mg(에베로리무스)
15	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
16	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
17	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매티퀄정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)

		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
18	익사조밉시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
19	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
20	렌바티닙 메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
21	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
23	올무티닙염산염일수화물 olmutinib	올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
		올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
24	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
25	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
26	조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
27	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
28	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	룩소리티닙 인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
31	소라페닙토실레이트 (미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
32	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
33	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
34	트라메티닙디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
35	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
36	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
37	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐150밀리그램(비스모데깁)
38	파노비노스타트락트산염 panobinostat	파리닥캡슐10밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐15밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐20밀리그램(파노비노스타트락트산염)
39	레날리도 마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)

		레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리드정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		알보젠레날리도마이드캡슐5밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐10밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐15밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐25밀리그램
40	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
41	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
42	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
43	니라파립토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
44	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
45	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
46	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주150밀리그람(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙)
		허쥬마주150mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
47	올라라투맙 olaratumab	라트루보주10밀리그램/밀리리터(올라라투맙,유전자재조합)
48	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
49	엘로투주맙 elotuzumab	엠플리시티주300밀리그램(엘로투주맙,유전자재조합)
		엠플리시티주400밀리그램(엘로투주맙,유전자재조합)
50	실툭시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
		실반트주400밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
51	세툭시맙 cetuximab	얼비툭스주5mg/mL(세툭시맙)
52	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램(블리나투모맙,유전자재조합)
53	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
54	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
55	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
56	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
57	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
58	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
59	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)

		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
60	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
61	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
62	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
63	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
64	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
65	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
66	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
67	테르토모타이드염산염 tertomotide	리아백스주(테르토모타이드염산염)
68	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
69	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)

(별표 4)

"특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)" 해당 의약품명 및 성분명 안내

① 아래 내용은 약관 제6조에서 정한 "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)"에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
② 아래 "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)" 해당 의약품명 및 성분명은 2026년 4월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 약제의 "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
③ 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. "특정표적방사선치료제(방사성리간드치료제)" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	루테튬(177Lu) 옥스도트레오타이드액 Lutetium(177Lu) Oxodotreotide	루타테라주 (루테튬(177Lu) 옥소도트레오타이드)
2	루테튬(177Lu) 비피보타이드테트라세탄액 Lutetium(177Lu) Vipivotide Tetraxetan Solution	플루빅토주 (루테튬(177Lu) 비피보타이드테트라세탄)

(별표 5)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 6)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항, 제16조 제9항 및 제27조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
치료보험금 (제9조) 및 계약자적립액 (제16조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제27조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제13조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅲ 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 294
제 1 조【목적】 ····· 294
제 2 조【용어의 정의】 ····· 294

제2관 보험금의 지급 ····· 294
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 294
제 4 조【"항암약물치료"의 정의】 ····· 295
제 5 조【"표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의】 ····· 295
제 6 조【보험금의 지급사유】 ····· 295
제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 296
제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 297
제 9 조【보험금의 청구】 ····· 297
제 10 조【보험금의 지급절차】 ····· 298

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 298
제 11 조【계약 전 알릴 의무】 ····· 298
제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ····· 298

제4관 특약의 성립과 유지 ····· 298
제 13 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 298
제 14 조【피보험자의 범위】 ····· 299
제 15 조【특약의 무효】 ····· 299
제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 299
제 17 조【특약의 갱신】 ····· 300
제 18 조【특약내용의 변경】 ····· 300

제5관 보험료의 납입 ····· 300
제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 300
제 20 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 301
제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 301
제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 301

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 301
제 23 조【계약자의 임의해지】 ····· 301
제 23 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 301
제 24 조【특약의 해약환급금】 ····· 301

제7관 기타사항 ····· 301
제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 301
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 302
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 303
(별표 3) "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내 ····· 304
(별표 4) 재해분류표 ····· 308
(별표 5) 장해분류표 ····· 308
(별표 6) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 308

무배당 표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅲ 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말합니다. 다만 갱신계약에서 관련 법규 등의 변경으로 이 계약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.
4. 최초계약
   특약 체결시 최초로 부가하는 보험계약을 말합니다.
5. 갱신계약
   최초계약의 보험기간 만료 후 갱신되는 보험계약을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정은 병리 및 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암", "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"항암약물치료"의 정의】

이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료(이하 "항암약물치료"라 합니다)하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제 5 조【"표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의】

① 이 특약에 있어서 "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.

호르몬 관련 치료제
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
"표적항암제"에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 "표적항암제"에 해당하는 의약품명 및 성분명을 별표3("표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내)에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제4조("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "표적항암제"를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료 전문가들로 구성된 의원회를 말합니다.
"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법
• 식품의약품안전처 허가 내 '효능효과' 확인 : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색 • 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)' 확인 : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) – 의료정보 – 의약품정보 – 암질환사용약제및요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제 6 조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다)(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는

기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받았을 때 보험수익자에게 표적항암약물허가치료보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회에 한함)

제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표5 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표4 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 주계약의 보험료 납입이 면제되는 기간 동안 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전에 보험료 납입면제 사유가 발생하였다 하더라도 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

② 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제6항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

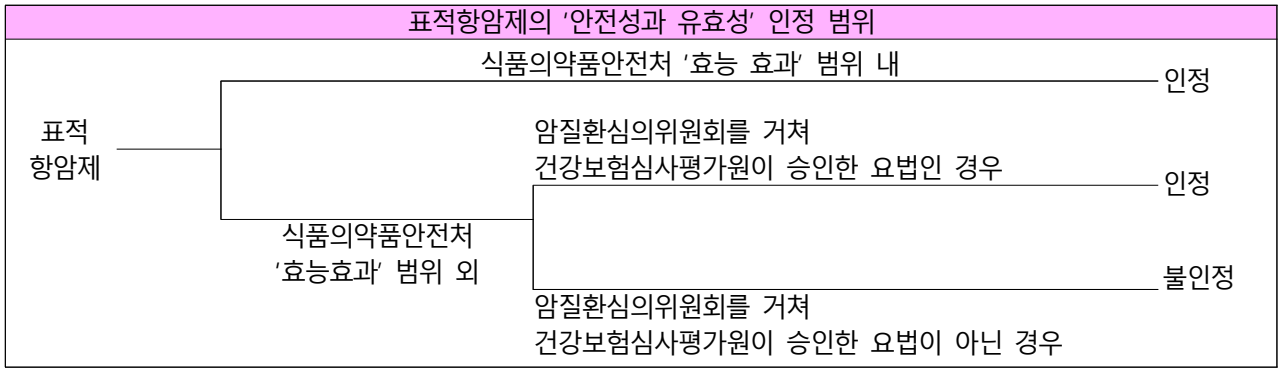
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부분에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

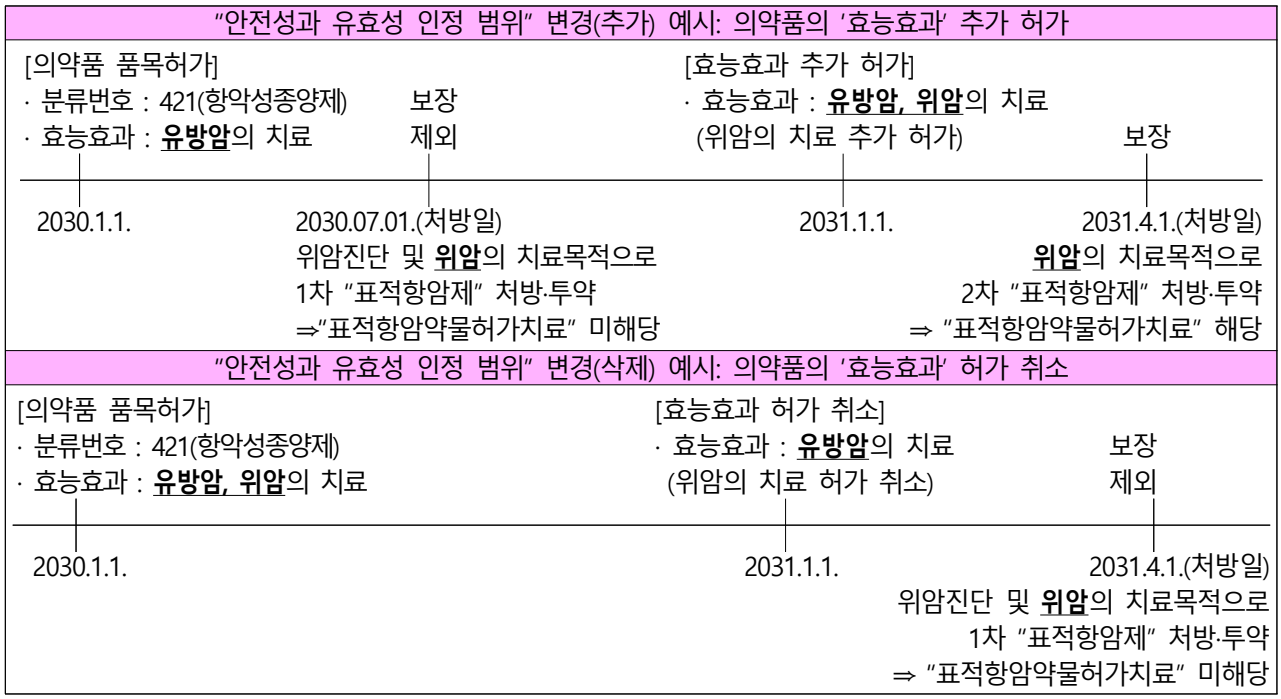
⑪ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험가입금액의 50%만 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 표적항암약물허가치료보험금을 삭감하여 지급하지 않습니다.

⑬ 제6조(보험금의 지급사유)의 "표적항암약물허가치료보험금"은 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.



⑭ 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "표적항암약물허가치료를 받았을 때"는 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암, 갑상선암 및 기타피부암 진단서, 장해진단서, 사망진단서, 검사결과지 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서

가. 표적항암약물허가치료 진단서 및 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
ㄱ. 진단명
ㄴ. 투약한 약제의 제품명
ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사 평가원이 승인한 요법' 사용 여부
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다
5 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 11 조【계약 전 알릴 의무】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 13 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보

장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제14조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력은 계속 유지할 수 있습니다.
⑧ 제6항 제2호에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 14 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 15 조【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단이 확정된 경우

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

① 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 최초계약 당시 정한 갱신주기(갱신시 보험기간이 변경된 경우 변경된 보험기간)로 합니다.
② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보험기간 종료일이 100세를 초과하는 경우에 한하여 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 100세 계약해당일의 전일까지를 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.
③다만, 주계약이 갱신형일 경우 주계약의 최종 갱신계약 종료일이 100세 계약해당일 이전일 경우 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일 또한 주계약의 최종계약 보험기간 종료일로 합니다. 이 경우 갱신일부터 주계약의 최

종계약 보험기간 종료일까지를 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조【특약의 갱신】

① 보험료 납입기일, 갱신조건, 보장개시일, 갱신보험료 계산, 보험료 납입면제운용 등 갱신에 관한 사항은 주계약 사업방법서 및 약관의 갱신에 관한 사항을 준용하여 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 사업방법이 비갱신형일 경우 제5항에서 제13항을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약에서 최초계약의 보장개시일은 약관 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항을 따릅니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

④ 회사는 최초계약시 최대갱신가능나이가 포함된 갱신시점의 예상보험료를 안내합니다.

⑤ 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 계약을 갱신하지 않는다는 통지를 하지 않으면, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 않습니다.

1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 때
2. 갱신시점의 피보험자 나이가 100세 이상인 경우
3. 주계약이 갱신형인 경우 주계약의 최종 갱신계약 보험기간을 초과하는 경우
4. 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑦ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 갱신 전 30일전까지 약관내용 변경 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취), 전자문서 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑨ 제8항에 따라 약관내용 변경 등을 안내한 경우 회사는 계약자의 약관내용 변경 의사를 전화(음성녹취), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 약관내용 변경 의사가 확인되는 경우 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자가 약관내용의 변경 등을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 약관내용 변경의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자는 갱신일부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

⑪ 갱신되는 계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산합니다.

⑫ 갱신되는 계약은 갱신시의 보험요율을 적용하며, 갱신시 변동되는 보험료 및 갱신제한사유에 해당하는 경우에는 갱신 전 30일전까지 계약자에게 그 내역 및 사유를 서면 또는 전화(음성녹취)로 알려드립니다.

⑬ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 18 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약의 납입기일을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 납입기일을 준용합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 경우에는 보험계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 20 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 23 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 23 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 24 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 7 관 기타사항

제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항 및 일부조항의 용어설명에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[최초계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
표적항암약물 허가치료보험금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만	500만원
		1년 이후	1,000만원

[갱신계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
표적항암약물 허가치료보험금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원

주) 1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날입니다. 다만, 갱신계약의 경우는 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

2. 제6조(보험금의 지급사유)의 "표적항암약물허가치료보험금"은 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 '효능효과' 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

3. 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "표적항암약물허가치료를 받았을 때"는 "표적항암제"를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

4. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 특약보험료를 계속 납입하여야 합니다.

5. 피보험자가 사망하였을 경우에는 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

"표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내

① 아래 내용은 보험약관 제5조에서 정한 "표적항암제"에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
② 아래 "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 2019년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "표적항암제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
③ 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 명칭'을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밉삼합체 bortezomib	벨조밉주1밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)
10	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
12	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
13	엘로티닙염산염 erlotinib	광동엘로티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		광동엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		디쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		디쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)

		엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정25밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
14	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정10mg(에베로리무스)
15	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
16	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
17	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매티퀄정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
18	익사조밉시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
19	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
20	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
21	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)

23	올무티닙염산염일수화물 olmutinib	올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
		올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
24	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
25	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
26	조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
27	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
28	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
31	소라페닙토실레이트(미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
32	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
33	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
34	트라메티닙디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
35	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
36	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
37	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐150밀리그램(비스모데깁)
38	파노비노스타트락트산염 panobinostat	파리닥캡슐10밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐15밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐20밀리그램(파노비노스타트락트산염)
39	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리드정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		알보젠레날리도마이드캡슐5밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐10밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐15밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐25밀리그램
40	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
41	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)

		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
42	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
43	니라파립토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
44	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
45	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
46	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주150밀리그람(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙)
		허쥬마주150mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
47	올라라투맙 olaratumab	라트루보주10밀리그램/밀리리터(올라라투맙,유전자재조합)
48	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
49	엘로투주맙 elotuzumab	엠플리시티주300밀리그램(엘로투주맙,유전자재조합)
		엠플리시티주400밀리그램(엘로투주맙,유전자재조합)
50	실툭시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
		실반트주400밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
51	세툭시맙 cetuximab	얼비툭스주5mg/mL(세툭시맙)
52	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램(블리나투모맙,유전자재조합)
53	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
54	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
55	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
56	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
57	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
58	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
59	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
60	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
61	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
62	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
63	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
64	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
65	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
66	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
67	테르토모타이드염산염 tertomotide	리아백스주(테르토모타이드염산염)
68	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
69	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)

(별표 4)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 5)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제9항 및 제24조)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
치료보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제13조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제24조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 하이클래스암주요치료특약(연간1회한)(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 310
제 1 조【목적】 ····· 310
제 2 조【용어의 정의】 ····· 310

제2관 보험금의 지급 ····· 310
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 310
제 4 조【"하이클래스 암주요치료"의 정의】 ····· 311
제 5 조【수술의 정의와 장소】 ····· 311
제 6 조【"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의】 ····· 312
제 7 조【보험금의 지급사유】 ····· 312
제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 312
제 9 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 313
제 10 조【보험금의 청구】 ····· 314
제 11 조【보험금의 지급절차】 ····· 314

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 314
제 12 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 314
제 13 조【피보험자의 범위】 ····· 315
제 14 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 315
제 15 조【특약의 무효】 ····· 315
제 16 조【특약내용의 변경】 ····· 315

제4관 보험료의 납입 ····· 316
제 17 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 316
제 18 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 316
제 19 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 316
제 20 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 316

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 316
제 21 조【계약자의 임의해지】 ····· 316
제 21 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 316
제 22 조【특약의 해약환급금】 ····· 316

제6관 기타사항 ····· 316
제 23 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 316
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 317
(별표 2) 재해분류표 ····· 318
(별표 3) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 318
(별표 4) 장해분류표 ····· 319
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 319

무배당 하이클래스암주요치료특약(연간1회한)(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표3 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"하이클래스 암주요치료"의 정의】

① 이 특약에서 "하이클래스 암주요치료"라 함은 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"을 제거하거나 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 직접적인 치료를 목적으로 비급여(전액본인부담 포함) 수술을 받은 경우
2. "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 직접적인 치료를 목적으로 비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료를 받은 경우
3. "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 직접적인 치료를 목적으로 비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료를 받은 경우

② 다음 각 호의 사항은 "하이클래스 암주요치료"에 포함되지 않습니다.

1. 면역력 강화 치료
2. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
3. 호르몬 관련 치료제를 이용한 치료

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.

1. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련된 사항
2. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련된 사항
3. 기타 "하이클래스 암주요치료"와 관련이 없는 각종 사항(진찰, 입원, 마취, 검사 등)
4. 진료비 세부내역서의 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료) 급여 항목 중 일부본인부담금이 발생한 경우

③ 제1항의 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항의 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제1호의 "비급여(전액본인부담 포함) 수술"은 수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 "비급여" 또는 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

진료비 세부 내역서
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

⑥ 제1항 제2호의 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료가 제3항 및 제4항의 "비급여" 또는 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑦ 제1항 제3호의 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 "비급여" 또는 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제 5 조【수술의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 직접적인 치료를 목적으로 하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "수술"은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동

위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 "수술"에서 제외합니다.
④ 제1항의 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암" 수술은 "항암약물치료"와 "항암방사선치료"는 제외합니다.

제 6 조【"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의】

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.
② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료(이하 "항암약물치료"라 합니다)하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제 7 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 제17조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 최초 진단 확정된 후 진단확정일을 포함하여 10년 이내에 하이클래스 암주요치료를 받았을 경우(다만, 진단확정일 기준 연간 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 "하이클래스 암주요치료비"(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)를 지급합니다.

제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표"에서 정한 "재해", 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 피보험자가 암보장개시일 이후에 "암", "갑상선암 또는, "기타피부암"으로 진단 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고

그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ "보험금 지급기간"이란 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 "하이클래스 암주요치료"를 받은 경우에는 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.

⑫ "연간"이란 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단해당일로 합니다.

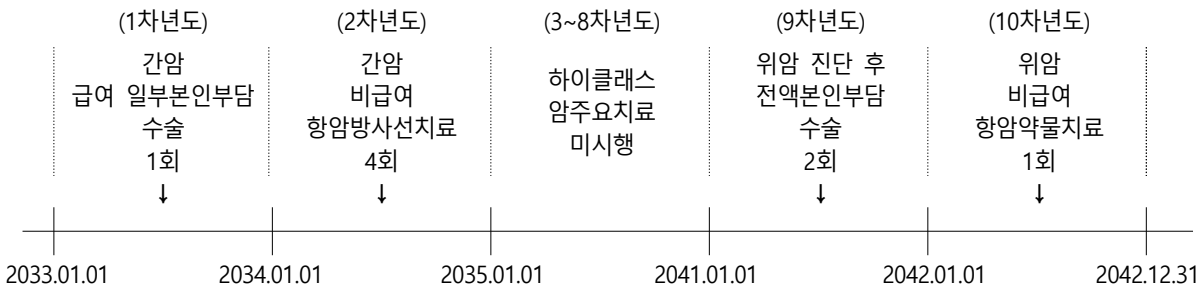
⑬ 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급횟수는 보험금 지급기간 이내에 연간 1회 한도이며, 연간 1회를 초과하여 하이클래스 암주요치료를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑭ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 최초 진단 확정된 후 보험기간이 만료되더라도 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단확정일을 포함하여 10년이내에 하이클래스 암주요치료를 받을 경우 보험기간과 관계없이 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 "하이클래스암주요치료비"(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)를 지급합니다.

⑮ 보험계약일부터 1년 미만(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일까지를 말합니다)에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 최초 진단 확정되었을 경우에는 보험금 지급기간 동안 보험가입금액의 50%만 지급합니다.

하이클래스 암주요치료비 지급예시

- 간암 최초 진단확정일 : 2033년 1월 1일(해당 특약 가입일 : 2030년 1월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
보험금 미지급	보험금 1회 지급	미지급	보험금 1회 지급	보험금 1회 지급

※ 2033년 1월1일 간암 최초 진단 이후 간암 이외의 암을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2033년 1월1일로부터 10년입니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 암, 갑상선암 또는 기타피부암 진단서, 검사결과지, 수술증명서, 항암방사선치료 증명서, 항암약물치료 증명서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액 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.

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

제 11 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 또는 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 제18조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제19조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제13조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 최초 진단 확정받고 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에서 정한 "보험금 지급기간"이 경과한 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.
⑧ 제6항 제2호에서, 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.
⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.
⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제11조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 13 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 14 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

① 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 15 조【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정)에서 정하는 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 진단 확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 16 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 18 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 20 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 21 조【계약자의 임의해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 21 조의 2【위법계약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조【특약의 해약환급금】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 23 조【보통보험약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
하이클래스 암주요치료비 (제7조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단 확정된 후 진단확정일을 포함하여 10년 이내에 하이클래스 암주요치료를 받았을 경우 (다만, 진단확정일 기준 연간 1회에 한함)	1년 미만 최초 진단확정	500만원
		1년 이후 최초 진단확정	1,000만원

주) 1. 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단 확정되었을 경우에는 보험가입금액의 50%만 지급하며, 해당 지급금액은 보험금 지급기간 동안 적용됩니다.

2. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 피보험자가 암보장개시일 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3. 하이클래스 암주요치료 : 진료비 세부내역서의 전액본인부담(요양급여 비용 또는 의료급여비용의 전부를 본인이 부담하는 경우) 또는 비급여 치료의 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료

4. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

5. 보험금 지급기간이란 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 하이클래스 암주요치료를 받은 경우에는 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 보험금 지급기간으로 합니다.

6. 연간이란 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단해당일로 합니다.

7. 보험금의 지급횟수는 보험금 지급기간 이내에 연간 1회 한도이며, 연간 1회를 초과하여 하이클래스 암주요치료를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

8. 진료비 세부내역서의 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료) 급여 항목 중 일부본인부담금이 발생한 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

9. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 최초 진단 확정받고 "보험금 지급기간"이 경과한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

10. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸됩니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조, 제12조 10항 및 제22조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
하이클래스 암주요치료비 (제7조) 및 계약자적립액 (제12조 8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제22조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 하이클래스표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅱ 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 321
제 1 조【목적】 ····· 321
제 2 조【용어의 정의】 ····· 321

제2관 보험금의 지급 ····· 321
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 321
제 4 조【"항암약물치료"의 정의】 ····· 322
제 5 조【"표적항암제", "표적항암약물허가치료" 및 "하이클래스 표적항암약물허가치료"의 정의】 ····· 322
제 6 조【보험금의 지급사유】 ····· 323
제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 323
제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 324
제 9 조【보험금의 청구】 ····· 325
제 10 조【보험금의 지급절차】 ····· 325

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 326
제 11 조【계약 전 알릴 의무】 ····· 326
제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ····· 326

제4관 특약의 성립과 유지 ····· 326
제 13 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 326
제 14 조【피보험자의 범위】 ····· 326
제 15 조【특약의 무효】 ····· 326
제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 327
제 17 조【특약의 갱신】 ····· 327
제 18 조【특약내용의 변경】 ····· 328

제5관 보험료의 납입 ····· 328
제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 328
제 20 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 328
제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 328
제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 328

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 328
제 23 조【계약자의 임의해지】 ····· 328
제 23 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 328
제 24 조【특약의 해약환급금】 ····· 328

제7관 기타사항 ····· 329
제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 329
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 330
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 331
(별표 3) "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내 ····· 332
(별표 4) 재해분류표 ····· 336
(별표 5) 장해분류표 ····· 336
(별표 6) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 336

무배당 하이클래스표적항암약물허가치료특약(갱신형)Ⅱ 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말합니다. 다만 갱신계약에서 관련 법규 등의 변경으로 이 계약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.
4. 최초계약
   특약 체결시 최초로 부가하는 보험계약을 말합니다.
5. 갱신계약
   최초계약의 보험기간 만료 후 갱신되는 보험계약을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정은 병리 및 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암", "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"항암약물치료"의 정의】

이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료(이하 "항암약물치료"라 합니다)하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제 5 조【"표적항암제", "표적항암약물허가치료" 및 "하이클래스 표적항암약물허가치료"의 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.

② 이 특약에서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제4조("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "표적항암제"를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

호르몬 관련 치료제
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
"표적항암제"에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 "표적항암제"에 해당하는 의약품명 및 성분명을 별표3("표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내)에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료 전문가들로 구성된 의원회를 말합니다.
"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법
• 식품의약품안전처 허가 내 '효능효과' 확인 : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색 • 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)' 확인 : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) – 의료정보 – 의약품정보 – 암질환사용약제및요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특약에서 "하이클래스 표적항암약물허가치료"라 함은 제2항에서 정한 표적항암약물치료 중 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제5항의 "비급여"라 함은「국민건강보험법」또는「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국

민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.
⑦ 제5항의 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.
⑧ 진료비 세부내역서의 표적항암약물허가치료 급여 항목 중 일부본인부담금이 발생한 경우에는 "하이클래스 표적항암약물허가치료"에 포함되지 않습니다.

진료비 세부 내역서
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제 6 조【보험금의 지급사유】

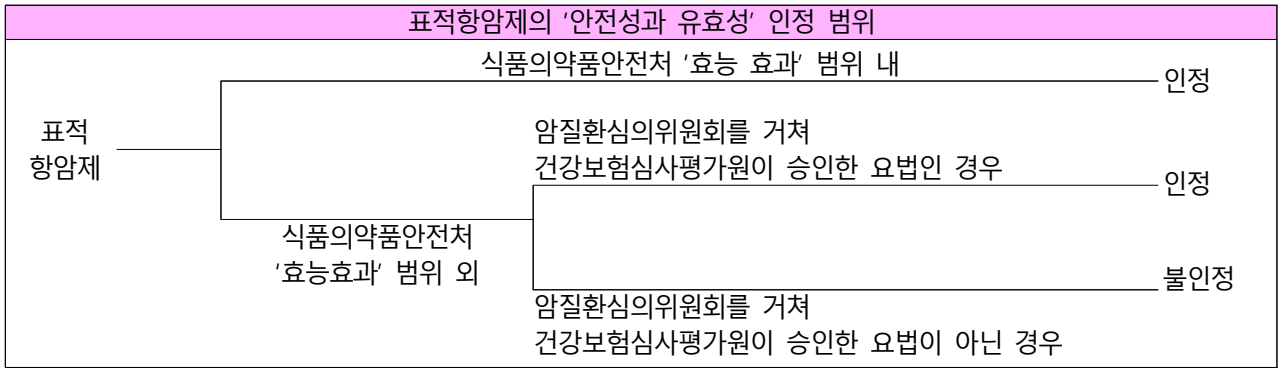
회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다)(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 하이클래스 표적항암약물허가치료를 받았을 때 보험수익자에게 하이클래스 표적항암약물허가치료보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회에 한함)

제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

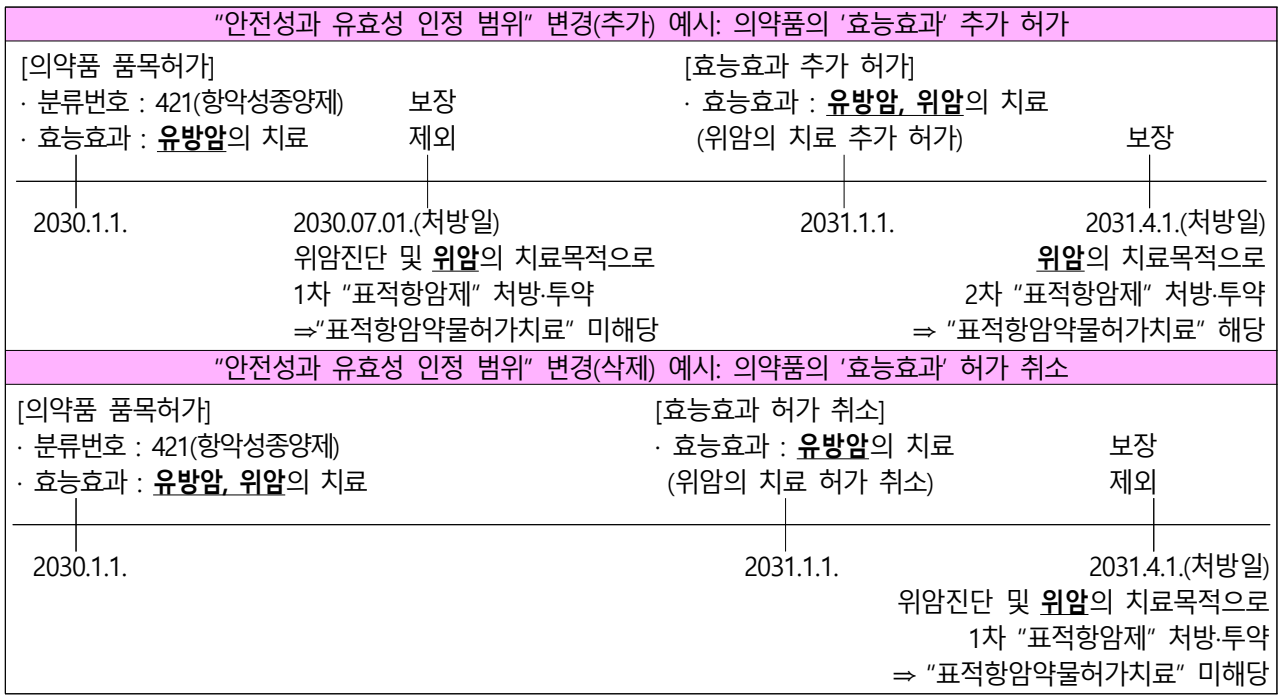
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표5 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표4 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전에 보험료 납입면제 사유가 발생하였다 하더라도 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.
② 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제6항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제1항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부분에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
⑪ 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후 보험계약일부터 1년 미만(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일까지를 말합니다)에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험가입금액의 50%만 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금을 삭감하여 지급하지 않습니다.

⑫ 제6조(보험금의 지급사유)의 "하이클래스 표적항암약물허가치료보험금"은 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.



⑬ 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "하이클래스 표적항암약물허가치료를 받았을 때"는 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조("표적항암제", "표적항암약물허가치료" 및 "하이클래스 표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



⑭ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여

드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암, 갑상선암 또는 기타피부암 진단서, 장해진단서, 사망진단서, 검사결과지 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
ㄱ. 진단명
ㄴ. 투약한 약제의 제품명
ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사 평가원이 승인한 요법' 사용 여부
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
5 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 11 조【계약 전 알릴 의무】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 13 조【특약의 체결 및 소멸】
① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제14조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 하이클래스 표적항암약물허가치료보험금의 지급사유가 발생한 경우
⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력은 계속 유지할 수 있습니다.
⑧ 제6항 제2호에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 14 조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 15 조【특약의 무효】
① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가

될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

3. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단이 확정된 경우

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

① 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 최초계약 당시 정한 갱신주기(갱신시 보험기간이 변경된 경우 변경된 보험기간)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보험기간 종료일이 100세를 초과하는 경우에 한하여 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 100세 계약해당일의 전일까지를 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.

③ 다만, 주계약이 갱신형일 경우 주계약의 최종 갱신계약 종료일이 100세 계약해당일 이전일 경우 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일 또한 주계약의 최종계약 보험기간 종료일로 합니다. 이 경우 갱신일부터 주계약의 최종계약 보험기간 종료일까지를 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조【특약의 갱신】

① 보험료 납입기일, 갱신조건, 보장개시일, 갱신보험료 계산, 보험료 납입면제운용 등 갱신에 관한 사항은 주계약 사업방법서 및 약관의 갱신에 관한 사항을 준용하여 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 사업방법이 비갱신형일 경우 제5항에서 제13항을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약에서 최초계약의 보장개시일은 약관 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항을 따릅니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

④ 회사는 최초계약시 최대갱신가능나이가 포함된 갱신시점의 예상보험료를 안내합니다.

⑤ 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 계약을 갱신하지 않는다는 통지를 하지 않으면, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 않습니다.

1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 때
2. 갱신시점의 피보험자 나이가 100세 이상인 경우
3. 주계약이 갱신형인 경우 주계약의 최종 갱신계약 보험기간을 초과하는 경우
4. 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 하이클래스 표적항암약물허가치료보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑦ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 갱신 전 30일전까지 약관내용 변경 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취), 전자문서 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑨ 제8항에 따라 약관내용 변경 등을 안내한 경우 회사는 계약자의 약관내용 변경 의사를 전화(음성녹취), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 약관내용 변경 의사가 확인되는 경우 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자가 약관내용의 변경 등을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 약관내용 변경의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자는 갱신일부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

⑪ 갱신되는 계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산합니다.

⑫ 갱신되는 계약은 갱신시의 보험요율을 적용하며, 갱신시 변동되는 보험료 및 갱신제한사유에 해당하는 경우에는 갱신 전 30일전까지 계약자에게 그 내역 및 사유를 서면 또는 전화(음성녹취)로 알려드립니다.

⑬ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 18 조【특약내용의 변경】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약의 납입기일을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 납입기일을 준용합니다.
② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 갱신계약의 경우 보장개시일은 갱신일을 보장개시일로 합니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 경우에는 보험계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 20 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 23 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 23 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 24 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 7 관 기타사항

제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[최초계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
하이클래스 표적항암약물 허가치료보험금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 하이클래스 표적항암약물허가치료를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만	500만원
		1년 이후	1,000만원

[갱신계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
하이클래스 표적항암약물 허가치료보험금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 하이클래스 표적항암약물허가치료를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원

주) 1. 하이클래스 표적항암약물허가치료 : 진료비 세부내역서의 전액본인부담(요양급여 비용 또는 의료급여비용의 전부를 본인이 부담하는 경우) 또는 비급여 치료의 표적항암약물허가치료

2. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

3. 제6조(보험금의 지급사유)의 "하이클래스 표적항암약물허가치료보험금"은 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 '효능효과' 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

4. 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "하이클래스 표적항암약물허가치료를 받았을 때"는 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조("표적항암제", "표적항암약물허가치료" 및 "하이클래스 표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

5. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 특약보험료를 계속 납입하여야 합니다.

6. 진료비 세부내역서의 표적항암약물허가치료 급여 항목 중 일부본인부담금이 발생한 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

7. 피보험자가 사망하였을 경우에는 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표
(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

"표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내

① 아래 내용은 보험약관 제5조에서 정한 "표적항암제"에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
② 아래 "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 2019년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "표적항암제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
③ 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 명칭'을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밉삼합체 bortezomib	벨조밉주1밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)
10	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
12	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
13	엘로티닙염산염 erlotinib	광동엘로티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		광동엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		디쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		디쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)

		엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정25밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
14	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정10mg(에베로리무스)
15	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
16	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
17	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매티퀄정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
18	익사조밉시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
19	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
20	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
21	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)

22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
23	올무티닙염산염일수화물 olmutinib	올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
		올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
24	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
25	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
26	조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
27	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
28	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
31	소라페닙토실레이트(미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
32	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
33	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
34	트라메티닙디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
35	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
36	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
37	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐150밀리그램(비스모데깁)
38	파노비노스타트락트산염 panobinostat	파리닥캡슐10밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐15밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐20밀리그램(파노비노스타트락트산염)
39	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리드정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		알보젠레날리도마이드캡슐5밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐10밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐15밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐25밀리그램

40	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
41	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
42	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
43	니라파립토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
44	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
45	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
46	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주150밀리그람(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙)
		허쥬마주150mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
47	올라라투맙 olaratumab	라트루보주10밀리그램/밀리리터(올라라투맙,유전자재조합)
48	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
49	엘로투주맙 elotuzumab	엠플리시티주300밀리그램(엘로투주맙,유전자재조합)
		엠플리시티주400밀리그램(엘로투주맙,유전자재조합)
50	실툭시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
		실반트주400밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
51	세툭시맙 cetuximab	얼비툭스주5mg/mL(세툭시맙)
52	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램(블리나투모맙,유전자재조합)
53	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
54	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
55	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
56	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
57	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
58	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
59	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
60	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
61	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
62	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
63	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
64	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
65	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
66	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
67	테르토모타이드염산염 tertomotide	리아백스주(테르토모타이드염산염)
68	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
69	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)

(별표 4)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 5)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제9항 및 제24조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
치료보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제13조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제24조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차)의 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 하이클래스항암약물치료특약(연간1회한)(해약환급금미지급형V2) 약관 [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 338
제 1 조【목적】 ····· 338
제 2 조【용어의 정의】 ····· 338

제2관 보험금의 지급 ····· 338
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 338
제 4 조【"항암약물치료"의 정의】 ····· 339
제 5 조【"하이클래스 항암약물치료"의 정의】 ····· 339
제 6 조【보험금의 지급사유】 ····· 339
제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 339
제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 341
제 9 조【보험금의 청구】 ····· 341
제 10 조【보험금의 지급절차】 ····· 341

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 342
제 11 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 342
제 12 조【피보험자의 범위】 ····· 342
제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 342
제 14 조【특약의 무효】 ····· 342
제 15 조【특약내용의 변경】 ····· 343

제4관 보험료의 납입 ····· 343
제 16 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 343
제 17 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 343
제 18 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 343
제 19 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 343

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 344
제 20 조【계약자의 임의해지】 ····· 344
제 20 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 344
제 21 조【특약의 해약환급금】 ····· 344

제6관 기타사항 ····· 344
제 22 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 344
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 345
(별표 2) 재해분류표 ····· 346
(별표 3) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 346
(별표 4) 장해분류표 ····· 347
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 347

무배당 하이클래스항암약물치료특약(연간1회한)(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표3 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"항암약물치료"의 정의】

이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료(이하 "항암약물치료"라 합니다)하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제 5 조【"하이클래스 항암약물치료"의 정의】

① 이 특약에서 "하이클래스 항암약물치료"라 함은 제4조("항암약물치료"의 정의)에서 정한 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

② 제1항의 "비급여"라 함은「국민건강보험법」 또는「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로「국민건강보험법」 또는「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

③ 제1항의 "전액본인부담"이라 함은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 진료비 세부내역서의 항암약물치료 급여 항목 중 일부본인부담금이 발생한 경우에는 "하이클래스 항암약물치료"에 포함되지 않습니다.

진료비 세부 내역서
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제 6 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 제16조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 최초 진단 확정된 후 진단확정일을 포함하여 10년 이내에 하이클래스 항암약물치료를 받았을 경우(다만, 진단확정일 기준 연간 1회에 한함)에는 보험수익자에게 약정한 "하이클래스 항암약물치료비"(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)를 지급합니다.

제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표"에서 정한 "재해", 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 피보험자가 암보장개시일 이후에 "암", "갑상선암 또는, "기타피부암"으로 진단 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제11조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

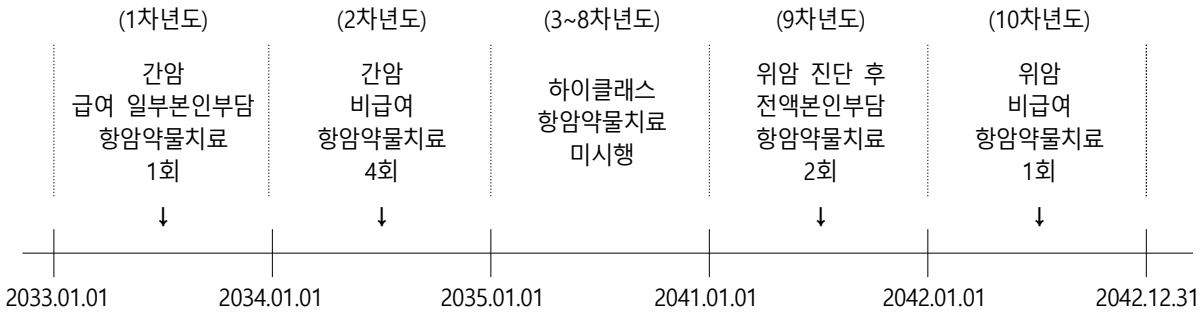
④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ "보험금 지급기간"이란 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 "하이클래스 항암약물치료"를 받은 경우에는 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.
⑫ "연간"이란 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단해당일로 합니다.
⑬ 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급횟수는 보험금 지급기간 이내에 연간 1회 한도이며, 연간 1회를 초과하여 하이클래스 항암약물치료를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
⑭ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 최초 진단 확정된 후 보험기간이 만료되더라도 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단확정일을 포함하여 10년이내에 하이클래스 항암약물치료를 받을 경우 보험기간과 관계없이 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 "하이클래스 항암약물치료비"(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)를 지급합니다.
⑮ 보험계약일부터 1년 미만(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일까지를 말합니다)에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 최초 진단 확정되었을 경우에는 보험금 지급기간 동안 보험가입금액의 50%만 지급합니다.

하이클래스 항암약물치료비 지급예시

- 간암 최초 진단확정일 : 2033년 1월 1일(해당 특약 가입일 : 2030년 1월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
보험금 미지급	보험금 1회 지급	미지급	보험금 1회 지급	보험금 1회 지급

※ 2033년 1월1일 간암 최초 진단 이후 간암 이외의 암을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2033년 1월1일로부터 10년입니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 암, 갑상선암 또는 기타피부암 진단서, 검사결과지, 항암약물치료 증명서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액 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.

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

제 10 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 제17조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제12조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 최초 진단 확정받고 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에서 정한 "보험금 지급기간"이 경과한 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.

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

⑨ 제6항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 12 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 14 조【특약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않는 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정)에서 정하는 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 진단확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 15 조【특약내용의 변경】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
④ 제3항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 암보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 17 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 18 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 20 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 20 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 21 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 22 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
하이클래스 항암약물치료비 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단 확정된 후 진단확정일을 포함하여 10년 이내에 하이클래스 항암약물치료를 받았을 경우 (다만, 진단확정일 기준 연간 1회에 한함)	1년 미만 최초 진단확정	500만원
		1년 이후 최초 진단확정	1,000만원

주) 1. 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단 확정되었을 경우에는 보험가입금액의 50%만 지급하며, 해당 지급금액은 보험금 지급기간 동안 적용됩니다.

2. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 피보험자가 암보장개시일 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3. 하이클래스 항암약물치료 : 진료비 세부내역서의 전액본인부담(요양급여 비용 또는 의료급여비용의 전부를 본인이 부담하는 경우) 또는 비급여 치료의 항암약물치료

4. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

5. "보험금 지급기간"이란 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 "하이클래스 항암약물치료"를 받은 경우에는 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.

6. "연간"이란 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단해당일로 합니다.

7. 보험금의 지급횟수는 보험금 지급기간 이내에 연간 1회 한도이며, 연간 1회를 초과하여 하이클래스 항암약물치료를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

8. 진료비 세부내역서의 항암약물치료 급여 항목 중 일부본인부담금이 발생한 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

9. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암", "갑상선암" 또는 "기타피부암"으로 최초 진단 확정받고 "보험금 지급기간"이 경과한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

10. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸됩니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조, 제11조 제10항 및 제21조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
하이클래스 항암약물치료비(제6조) 및 계약자적립액(제11조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금(제21조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암방사선치료특약V(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 349
제 1 조【목적】 ····· 349
제 2 조【용어의 정의】 ····· 349

제2관 보험금의 지급 ····· 349
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 349
제 4 조【"항암방사선치료"의 정의】 ····· 350
제 5 조【보험금의 지급사유】 ····· 350
제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 350
제 7 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 351
제 8 조【보험금의 청구】 ····· 351
제 9 조【보험금의 지급절차】 ····· 351

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 352
제 10 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 352
제 11 조【피보험자의 범위】 ····· 352
제 12 조【특약의 무효】 ····· 352
제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 353
제 14 조【특약내용의 변경】 ····· 353

제4관 보험료의 납입 ····· 353
제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 353
제 16 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 353

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 354
제 17 조【계약자의 임의해지】 ····· 354
제 17 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 354
제 18 조【특약의 해약환급금】 ····· 354

제6관 기타사항 ····· 354
제 19 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 354
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 355
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 356
(별표 3) 제자리의 신생물 분류표 ····· 357
(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 358
(별표 5) 재해분류표 ····· 359
(별표 6) 장해분류표 ····· 359
(별표 7) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 359

무배당 항암방사선치료특약V(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병", "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병" 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "소액암"이라 함은 "갑상선암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양"을 말합니다.

1. "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. "제자리암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(별표3 "제자리의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.
4. "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(별표4 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

③ "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를

받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
⑤ "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제3항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"항암방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

제 5 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 암 항암방사선치료비
   피보험자가 보험기간 중 제15조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라고 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)
2. 소액암 항암방사선치료비
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 소액암으로 진단확정 되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때 (다만, 소액암 별 각 최초 1회에 한함)

제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표6 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표5 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정

한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑫ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 항암방사선치료비는 암을 직접적인 원인으로 치료시 최초 1회에 한하여 지급하고, 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 항암방사선치료비는 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 치료시 각각 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제 7 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 항암방사선치료증명서, 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액 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.

계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제 9 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에

대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 의한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제11조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험금 지급사유 발생으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.

⑨ 제6항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 11 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 12 조【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2

호에 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 않는 경우

2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일(제15조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 참조)의 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단이 확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 보험료 납입기간 범위내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 14 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에 정한 "암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 이를 암보장개시일이라 합니다. 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 16 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 17 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 17 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 18 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 19 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 항암방사선치료비 (제5조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원
소액암 항암방사선치료비 (제5조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 소액암으로 진단확정 되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때 (다만, 소액암 별 각 최초 1회에 한함)	100만원

주) 1. 소액암 : 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양

2. 소액암은 "암"의 정의에서 제외되는 바, 소액암으로 보험금 지급사유 발생시 소액암에 해당하는 급여금을 지급하고 "암"에 해당하는 급여금은 지급하지 않습니다.

3. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 또한, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.

4. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸됩니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성 흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

제자리의 신생물 분류표

① 약관 제3조 제2항 제3호에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
○ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
○ 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
○ 제자리흑색종	D03
○ 피부의 제자리암종	D04
○ 유방의 제자리암종	D05
○ 자궁경부의 제자리암종	D06
○ 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
○ 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관 제3조 제2항 제4호에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
o 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
o 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
o 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
o 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
o 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
o 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
o 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
o 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
o 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5제외)
o 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 1. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 "림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 5)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 6)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조, 제10조 제10항 및 제20조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
항암방사선치료비 (제5조 제1호 및 제2호) 및 계약자적립액(제10조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제20조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암세기조절방사선치료특약(갱신형)II 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 361
제 1 조【목적】 ····· 361
제 2 조【용어의 정의】 ····· 361

제2관 보험금의 지급 ····· 361
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 361
제 4 조【"항암방사선치료"의 정의】 ····· 362
제 5 조【"항암세기조절방사선치료"의 정의】 ····· 362
제 6 조【보험금의 지급사유】 ····· 362
제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 362
제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 363
제 9 조【보험금의 청구】 ····· 363
제 10 조【보험금의 지급절차】 ····· 363

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 364
제 11 조【계약 전 알릴 의무】 ····· 364
제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ····· 364

제4관 특약의 성립과 유지 ····· 364
제 13 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 364
제 14 조【피보험자의 범위】 ····· 364
제 15 조【특약의 무효】 ····· 365
제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 365
제 17 조【특약의 갱신】 ····· 365
제 18 조【특약내용의 변경】 ····· 366

제5관 보험료의 납입 ····· 366
제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 366
제 20 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 366
제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 366
제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 366

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 366
제 23 조【계약자의 임의해지】 ····· 366
제 23 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 367
제 24 조【특약의 해약환급금】 ····· 367

제7관 기타사항 ····· 367
제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 367
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 368
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 369
(별표 3) 재해분류표 ····· 370
(별표 4) 장해분류표 ····· 370
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 370

무배당 항암세기조절방사선치료특약(갱신형)II 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말합니다. 다만 갱신계약에서 관련 법규 등의 변경으로 이 계약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.
4. 최초계약
   특약 체결시 최초로 부가하는 보험계약을 말합니다.
5. 갱신계약
   최초계약의 보험기간 만료 후 갱신되는 보험계약을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정은 병리 및 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암", "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"항암방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제 5 조【"항암세기조절방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)"라 함은 제4조에서 정한 "항암방사선치료" 중 피보험자의 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 "세기조절방사선치료법(방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료)"을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료(양성자방사선 치료 및 중입자방사선 치료)는 포함하지 않습니다.

제 6 조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다)(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우 보험수익자에게 항암세기조절방사선치료보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회에 한함)

제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표3 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 주계약의 보험료 납입이 면제되는 기간 동안 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전에 보험료 납입면제 사유가 발생하였다 하더라도 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

② 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하

는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 보험계약일부터 1년이 지나기 전(보험계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험가입금액의 50%만 지급합니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 갱신계약에서는 감액 없이 해당 보험금을 지급합니다.

제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(항암방사선치료증명서, 암, 갑상선암 및 기타피부암 진단서, 사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다
4 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 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.

제 10 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 의한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 11 조【계약 전 알릴 의무】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 13 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제14조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험금 지급사유 발생으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 14 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 15 조【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 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 않는 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단이 확정된 경우

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

① 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 최초계약 당시 정한 갱신주기(갱신시 보험기간이 변경된 경우 변경된 보험기간)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보험기간 종료일이 100세를 초과하는 경우에 한하여 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 100세 계약해당일의 전일까지를 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.

③ 다만, 주계약이 갱신형일 경우 주계약의 최종 갱신계약 종료일이 100세 계약해당일 이전일 경우 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일 또한 주계약의 최종계약 보험기간 종료일로 합니다. 이 경우 갱신일부터 주계약의 최종계약 보험기간 종료일까지를 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조【특약의 갱신】

① 보험료 납입기일, 갱신조건, 보장개시일, 갱신보험료 계산, 보험료 납입면제운용 등 갱신에 관한 사항은 주계약 사업방법서 및 약관의 갱신에 관한 사항을 준용하여 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 사업방법이 비갱신형일 경우 제5항에서 제13항을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약에서 최초계약의 보장개시일은 약관 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항을 따릅니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

④ 회사는 최초계약시 최대갱신가능나이가 포함된 갱신시점의 예상보험료를 안내합니다.

⑤ 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 계약을 갱신하지 않는다는 통지를 하지 않으면, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 않습니다.

1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 때
2. 갱신시점의 피보험자 나이가 100세 이상인 경우
3. 주계약이 갱신형인 경우 주계약의 최종 갱신계약 보험기간을 초과하는 경우

⑦ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 갱신 전 30일전까지 약관내용 변경 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취), 전자문서 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑨ 제8항에 따라 약관내용 변경 등을 안내한 경우 회사는 계약자의 약관내용 변경 의사를 전화(음성녹취), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 약관내용 변경 의사가 확인되는 경우 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자가 약관내용의 변경 등을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 약관내용 변경의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자는 갱신일부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

⑪ 갱신되는 계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산합니다.
⑫ 갱신되는 계약은 갱신시의 보험요율을 적용하며, 갱신시 변동되는 보험료 및 갱신제한사유에 해당하는 경우에는 갱신 전 30일전까지 계약자에게 그 내역 및 사유를 서면 또는 전화(음성녹취)로 알려드립니다.
⑬ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 18 조【특약내용의 변경】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약의 납입기일을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 납입기일을 준용합니다.
② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 갱신계약의 보장개시일은 갱신일을 보장개시일로 합니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에 정한 "암"의 경우에는 보험계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 이를 암보장개시일이라 합니다, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 20 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 23 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 23 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 24 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 7 관 기타사항

제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항 및 일부조항의 용어설명에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[최초계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
항암세기조절방사선 치료보험금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만	500 만원
		1년 이후	1,000 만원

[갱신계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
항암세기조절방사선 치료보험금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000 만원

주) 1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 또한, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전에 보험료 납입면제 사유가 발생하였다 하더라도 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성 흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제9항 및 제24조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
치료보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제13조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제24조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암약물방사선치료(소액암)특약(해약환급금미지급형V2) 약관 [사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 372
제 1 조【목적】 ····· 372
제 2 조【용어의 정의】 ····· 372

제2관 보험금의 지급 ····· 372
제 3 조【소액암의 정의 및 진단확정】 ····· 372
제 4 조【"항암약물치료" 및 "항암방사선치료"의 정의】 ····· 373
제 5 조【보험금의 지급사유】 ····· 373
제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 373
제 7 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 374
제 8 조【보험금의 청구】 ····· 374
제 9 조【보험금의 지급절차】 ····· 374

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 375
제 10 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 375
제 11 조【피보험자의 범위】 ····· 375
제 12 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 375
제 13 조【특약내용의 변경】 ····· 375

제4관 보험료의 납입 ····· 375
제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 375
제 15 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 376
제 16 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 376
제 17 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 376

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 376
제 18 조【계약자의 임의해지】 ····· 376
제 18 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 376
제 19 조【특약의 해약환급금】 ····· 376

제6관 기타사항 ····· 376
제 20 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 376
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 377
(별표 2) 제자리의 신생물 분류표 ····· 378
(별표 3) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 378
(별표 4) 재해분류표 ····· 379
(별표 5) 장해분류표 ····· 379
(별표 6) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 379

무배당 항암약물방사선치료(소액암)특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【소액암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "소액암"이라 함은 "갑상선암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양"을 말합니다.

1. "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. "제자리암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "제자리의 신생물 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.
4. "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표3 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② "갑상선암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "갑상선암" 및 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암" 및 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

④ "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제2항 및 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"항암약물치료" 및 "항암방사선치료"의 정의】

① 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료(이하 "항암약물치료"라 합니다)하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

② 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

제 5 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 소액암으로 진단 확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 소액암 항암약물방사선치료비(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)를 지급합니다. (다만, 소액암 별 각 최초 1회에 한함)

제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표5 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표4 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양 진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액 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.

계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제 9 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 의한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에

따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제11조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험금 지급사유 발생으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.

⑨ 제6항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 11 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 12 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 보험료 납입기간 범위내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 13 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경

우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 15 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 16 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 17 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 18 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 18 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 20 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 100만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
소액암 항암약물방사선 치료비 (약관 제5조)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 소액암으로 진단 확정되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받았을 때 (다만, 소액암 별 각 최초 1회에 한함)	100만원

주) 1. 소액암 : 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양

2. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸됩니다.

(별표 2)

제자리의 신생물 분류표

① 약관 제3조 제1항 제3호에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
○ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
○ 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
○ 제자리흑색종	D03
○ 피부의 제자리암종	D04
○ 유방의 제자리암종	D05
○ 자궁경부의 제자리암종	D06
○ 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
○ 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

(주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관 제3조 제1항 제4호에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
o 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
o 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
o 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
o 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
o 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
o 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
o 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
o 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
o 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5제외)
o 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 1. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 "림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 5)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제10항 및 제19조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
소액암 항암약물방사선 치료비 (제5조) 및 계약자적립액 (제10조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제19조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차)에 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암약물치료특약V(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 381
제 1 조【목적】 ····· 381
제 2 조【용어의 정의】 ····· 381

제2관 보험금의 지급 ····· 381
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 381
제 4 조【"항암약물치료"의 정의】 ····· 382
제 5 조【보험금의 지급사유】 ····· 382
제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 382
제 7 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 383
제 8 조【보험금의 청구】 ····· 383
제 9 조【보험금의 지급절차】 ····· 383

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 384
제 10 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 384
제 11 조【피보험자의 범위】 ····· 384
제 12 조【특약의 무효】 ····· 384
제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 385
제 14 조【특약내용의 변경】 ····· 385

제4관 보험료의 납입 ····· 385
제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 385
제 16 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 386
제 17 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 386
제 18 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 386

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 386
제 19 조【계약자의 임의해지】 ····· 386
제 19 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 386
제 20 조【특약의 해약환급금】 ····· 386

제6관 기타사항 ····· 386
제 21 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 386
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 387
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 388
(별표 3) 제자리의 신생물 분류표 ····· 389
(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 390
(별표 5) 재해분류표 ····· 391
(별표 6) 장해분류표 ····· 391
(별표 7) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 391

무배당 항암약물치료특약V(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병", "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병" 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "소액암"이라 함은 "갑상선암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양"을 말합니다.

1. "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. "제자리암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(별표3 "제자리의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.
4. "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(별표4 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

③ "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를

받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
⑤ "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제3항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"항암약물치료"의 정의】

이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료(이하 "항암약물치료"라 합니다)하는 것을 말합니다. 이때, 항암면역요법은 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제 5 조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 암 항암약물치료비
   피보험자가 보험기간 중 제15조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라고 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)
2. 소액암 항암약물치료비
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 소액암으로 진단확정 되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (다만, 소액암 별 각 최초 1회에 한함)

제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표6 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표5 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하

는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 항암약물치료비는 암을 직접적인 원인으로 치료시 최초 1회에 한하여 지급하고, 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 항암약물치료비는 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 치료시 각각 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제 7 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 항암약물치료증명서, 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액 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.

계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제 9 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상

되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 의한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제11조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험금 지급사유 발생으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.

⑨ 제6항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 11 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 12 조【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 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 않는 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일(제15조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 참조)의 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단이 확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 보험료 납입기간 범위내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 14 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에 정한 "암"의 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 이를 암보장개시일이라 합니다. 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 16 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 17 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 18 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 19 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 20 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 21 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 항암약물치료비 (제5조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원
소액암 항암약물치료비 (제5조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 소액암으로 진단확정 되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (다만, 소액암 별 각 최초 1회에 한함)	100만원

주) 1. 소액암 : 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양
2. 소액암은 "암"의 정의에서 제외되는 바, 소액암으로 보험금 지급사유 발생시 소액암에 해당하는 급여금을 지급하고 "암"에 해당하는 급여금은 지급하지 않습니다.
3. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 또한, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.
4. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸합니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성 흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

제자리의 신생물 분류표

① 약관 제3조 제2항 제3호에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
○ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
○ 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
○ 제자리흑색종	D03
○ 피부의 제자리암종	D04
○ 유방의 제자리암종	D05
○ 자궁경부의 제자리암종	D06
○ 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
○ 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관 제3조 제2항 제4호에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
o 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
o 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
o 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
o 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
o 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
o 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
o 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
o 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
o 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5제외)
o 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 1. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 "림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 5)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 6)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조, 제10조 제10항 및 제20조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
항암약물치료비 (제5조 제1호 및 제2호) 및 계약자적립액(제10조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제20조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암양성자방사선치료특약(갱신형)II 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 393
제 1 조【목적】 ····· 393
제 2 조【용어의 정의】 ····· 393

제2관 보험금의 지급 ····· 393
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 393
제 4 조【"항암방사선치료"의 정의】 ····· 394
제 5 조【"항암양성자방사선치료"의 정의】 ····· 394
제 6 조【보험금의 지급사유】 ····· 394
제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 394
제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 395
제 9 조【보험금의 청구】 ····· 395
제 10 조【보험금의 지급절차】 ····· 395

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 396
제 11 조【계약 전 알릴 의무】 ····· 396
제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ····· 396

제4관 특약의 성립과 유지 ····· 396
제 13 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 396
제 14 조【피보험자의 범위】 ····· 396
제 15 조【특약의 무효】 ····· 396
제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 397
제 17 조【특약의 갱신】 ····· 397
제 18 조【특약내용의 변경】 ····· 398

제5관 보험료의 납입 ····· 398
제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 398
제 20 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 398
제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 398
제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 398

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 398
제 23 조【계약자의 임의해지】 ····· 398
제 23 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 399
제 24 조【특약의 해약환급금】 ····· 399

제7관 기타사항 ····· 399
제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 399
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 400
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 401
(별표 3) 재해분류표 ····· 402
(별표 4) 장해분류표 ····· 402
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 402

무배당 항암양성자방사선치료특약(갱신형)II 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말합니다. 다만 갱신계약에서 관련 법규 등의 변경으로 이 계약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.
4. 최초계약
   특약 체결시 최초로 부가하는 보험계약을 말합니다.
5. 갱신계약
   최초계약의 보험기간 만료 후 갱신되는 보험계약을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정은 병리 및 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암", "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"항암방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제 5 조【"항암양성자방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제4조에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다. 양성자선은 특정지점(종양부위)에서 에너지가 집중적으로 발산되는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제 6 조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다)(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우 보험수익자에게 항암양성자방사선치료보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회에 한함)

제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표3 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 주계약의 보험료 납입이 면제되는 기간 동안 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전에 보험료 납입면제 사유가 발생하였다 하더라도 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

② 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정

한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑫ 최초계약의 보험계약일부터 1년이 지나기 전(보험계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험가입금액의 50%만 지급합니다.
⑬ 제12항에도 불구하고 갱신계약에서는 감액 없이 해당 보험금을 지급합니다.

제 8 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(항암방사선치료증명서, 암, 갑상선암 및 기타피부암 진단서, 사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 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.

제 10 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 의한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 11 조【계약 전 알릴 의무】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 12 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 13 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제14조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험금 지급사유 발생으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

⑧ 제6항 제2호에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑨ 제6항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 14 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 15 조【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 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 않는 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단이 확정된 경우

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

① 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 최초계약 당시 정한 갱신주기(갱신시 보험기간이 변경된 경우 변경된 보험기간)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보험기간 종료일이 100세를 초과하는 경우에 한하여 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 100세 계약해당일의 전일까지를 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.

③ 다만, 주계약이 갱신형일 경우 주계약의 최종 갱신계약 종료일이 100세 계약해당일 이전일 경우 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일 또한 주계약의 최종계약 보험기간 종료일로 합니다. 이 경우 갱신일부터 주계약의 최종계약 보험기간 종료일까지를 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조【특약의 갱신】

① 보험료 납입기일, 갱신조건, 보장개시일, 갱신보험료 계산, 보험료 납입면제운용 등 갱신에 관한 사항은 주계약 사업방법서 및 약관의 갱신에 관한 사항을 준용하여 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 사업방법이 비갱신형일 경우 제5항에서 제13항을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약에서 최초계약의 보장개시일은 약관 제19조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항을 따릅니다. 다만, 갱신계약의 보장개시일은 갱신일을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

④ 회사는 최초계약시 최대갱신가능나이가 포함된 갱신시점의 예상보험료를 안내합니다.

⑤ 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 계약을 갱신하지 않는다는 통지를 하지 않으면, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 않습니다.

1. 보험기간 만료일까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 때
2. 갱신시점의 피보험자 나이가 100세 이상인 경우
3. 주계약이 갱신형인 경우 주계약의 최종 갱신계약 보험기간을 초과하는 경우
4. 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암양성자방사선치료보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑦ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 갱신 전 30일전까지 약관내용 변경 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취), 전자문서 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑨ 제8항에 따라 약관내용 변경 등을 안내한 경우 회사는 계약자의 약관내용 변경 의사를 전화(음성녹취), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 약관내용 변경 의사가 확인되는 경우 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자가 약관내용의 변경 등을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 약관내용 변경의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 변경됩니다. 다만, 계약자는 갱신일부

터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
⑪ 갱신되는 계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산합니다.
⑫ 갱신되는 계약은 갱신시의 보험요율을 적용하며, 갱신시 변동되는 보험료 및 갱신제한사유에 해당하는 경우에는 갱신 전 30일전까지 계약자에게 그 내역 및 사유를 서면 또는 전화(음성녹취)로 알려드립니다.
⑬ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율은 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 18 조【특약내용의 변경】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 19 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약의 납입기일을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 납입기일을 준용합니다.
② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 갱신계약의 보장개시일은 갱신일을 보장개시일로 합니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에 정한 "암"의 경우에는 보험계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 이를 암보장개시일이라 합니다, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 20 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 21 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 23 조【계약자의 임의해지】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 23 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 24 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 7 관 기타사항

제 25 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항 및 일부조항의 용어설명에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[최초계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
항암양성자방사선 치료보험금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만	500 만원
		1년 이후	1,000 만원

[갱신계약]

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
항암양성자방사선 치료보험금 (제6조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000 만원

주) 1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 또한, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전에 보험료 납입면제 사유가 발생하였다 하더라도 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

3. 피보험자가 사망하였을 경우에는 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성 흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제9항 및 제24조 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
치료보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제13조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제24조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차)에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암중입자방사선치료특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 404
제 1 조【목적】 ····· 404
제 2 조【용어의 정의】 ····· 404

제2관 보험금의 지급 ····· 404
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 404
제 4 조【"항암방사선치료"의 정의】 ····· 405
제 5 조【"항암양성자방사선치료"의 정의】 ····· 405
제 6 조【"항암중입자방사선치료"의 정의】 ····· 405
제 7 조【보험금의 지급사유】 ····· 405
제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 405
제 9 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 406
제 10 조【보험금의 청구】 ····· 406
제 11 조【보험금의 지급절차】 ····· 406

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 407
제 12 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 407
제 13 조【피보험자의 범위】 ····· 407
제 14 조【특약의 무효】 ····· 407
제 15 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 408
제 16 조【특약내용의 변경】 ····· 408

제4관 보험료의 납입 ····· 408
제 17 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 408
제 18 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 409
제 19 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 409
제 20 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 409

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 409
제 21 조【계약자의 임의해지】 ····· 409
제 21 조의 2【위법계약의 해지】 ····· 409
제 22 조【특약의 해약환급금】 ····· 409

제6관 기타사항 ····· 409
제 23 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 409
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 410
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외) ····· 411
(별표 3) 재해분류표 ····· 412
(별표 4) 장해분류표 ····· 412
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 412

무배당 항암중입자방사선치료특약(해약환급금미지급형V2) 약관
[사망시적립액미지급형, 사망시적립액지급형] [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병"
2. "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"
3. "전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시
C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정은 병리 및 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암", "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조【"항암방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제 5 조【"항암양성자방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제4조에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다. 양성자선은 특정지점(종양부위)에서 에너지가 집중적으로 발산되는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제 6 조【"항암중입자방사선치료"의 정의】

이 특약에서 "항암중입자방사선치료"라 함은 제4조에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내 또는 국외에 허가된 중입자치료센터에서 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 가속한 탄소, 헬륨 등 원자(수소제외)를 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, "항암양성자방사선치료"는 포함하지 않습니다. 중입자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제 7 조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제17조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 암보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다)(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암중입자방사선치료를 받은 경우 보험수익자에게 항암중입자방사선치료보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회에 한함)

제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표3 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제6항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초장해의 지급률을 비교해 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑫ 보험계약일부터 1년 미만(보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전일까지를 말합니다)에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험가입금액의 50%만 지급합니다.

제 9 조【보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 항암방사선치료증명서, 암, 갑상선암 및 기타피부암 진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 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.

계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제 11 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 의한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 제19조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑥ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
2. 제13조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우
3. 보험금 지급사유 발생으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑦ 제6항 제1호에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.
⑧ 제6항 제2호에서 사망시적립액 지급형의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.
⑨ 제6항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다.
⑩ 계약자적립액의 지급절차는 제11조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)을 따릅니다.

제 13 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 14 조【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하

지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 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 않는 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단이 확정된 경우

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

② 제1항의 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외합니다. 또한, 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 이를 차감한 금액입니다.

제 15 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 및 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 정합니다.

제 16 조【특약내용의 변경】

보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제3조(각종 암의 정의 및 진단확정) 제1항에 정한 "암"의 경우에는 보험계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 이를 암보장개시일이라 합니다, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 ☞ 보장개시일 예] 3월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 3월 1일 + 90일 5월 30일 ☞ 암보장개시일

제 18 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 19 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 20 조【강제집행 등으로 해지된 특약의 특별부활(효력회복)】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 21 조【계약자의 임의해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 21 조의 2【위법계약의 해지】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 22 조【특약의 해약환급금】
보통보험약관(주계약 약관)을 준용합니다.

제 6 관 기타사항

제 23 조【보통보험약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
항암중입자방사선 치료보험금 (제7조)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(다만, 갑상선암, 기타피부암의 경우 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암중입자방사선치료를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만	500 만원
		1년 이후	1,000 만원

주) 1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 또한, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.

2. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망시적립액 지급형의 경우 계약자적립액을 지급하고 소멸되며, 사망시적립액 미지급형의 경우 별도의 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸합니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)

① 약관 제3조 제1항에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성 흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(갑상선암 및 기타피부암 제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제12조 제10항 및 제22조항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
치료보험금 (제7조) 및 계약자적립액 (제12조 제8항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제22조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

대리청구인지정서비스특약 약관

제1관 용어의 정의 ····· 414
제 1 조【목적】 ····· 414
제 2 조【용어의 정의】 ····· 414

제2관 보험금의 지급 ····· 414
제 3 조【보험금의 청구】 ····· 414
제 4 조【보험금의 지급절차】 ····· 414

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 415
제 5 조【특약의 성립과 적용대상】 ····· 415
제 6 조【특약의 소멸】 ····· 415

제4관 대리청구인의 지정 ····· 415
제 7 조【대리청구인의 지정】 ····· 415
제 8 조【대리청구인의 변경 지정】 ····· 415

제5관 기타사항 ····· 416
제 9 조【준용규정】 ····· 416

대리청구인지정서비스특약 약관

제 1 관 용어의 정의

제 1 조【목적】
이 특약은 보험수익자의 대리인이 보험금(사망보험금 제외)을 대리하여 청구하고 수령하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
   다. 보험계약자: 보험회사(이하 '회사'라 합니다)와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말하며, 이하 '계약자'라 합니다.
   라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 대리청구인 관련 용어
   가. 기명 대리청구인: 계약자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제7조(대리청구인의 지정) 제1항 제1호에 따라 기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.
   나. 무기명 대리청구인: 계약자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제7조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 무기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【보험금의 청구】
① 제7조(대리청구인의 지정) 제1항에서 지정된 대리청구인(이하, '대리청구인'이라 합니다)은 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 대리청구인의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)
4. 피보험자 및 대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서 등) 및 주민등록등본
5. 기타 대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 4 조【보험금의 지급절차】
① 제7조(대리청구인의 지정) 제1항에서 지정된 대리청구인은 제3조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제5조(특약의 성립과 적용대상) 제2항의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 해당 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고, 제7조(대리청구인의 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 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

④ 제7조(대리청구인의 지정) 제 1항에 따라 지정된 대리청구인이 가족관계등록부상 배우자였으나 보험금 청구 시점 당시 가족관계등록부상의 배우자가 아닐 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 상실된 것으로 봅니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 5 조【특약의 성립과 적용대상】

① 이 특약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.

② 이 특약의 적용대상은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약으로 합니다.

제 6 조【특약의 소멸】

제5조(특약의 성립과 적용대상) 제2항에 따른 적용대상 계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 4 관 대리청구인의 지정

제 7 조【대리청구인의 지정】

① 계약자는 다음 중 어느 하나의 방식으로 대리청구인을 지정할 수 있습니다.

1. 제2항에서 정한 대리청구인 지정 가능 범위에 해당하는 자 중에서 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정 시 대표대리인 지정)을 기명하여 지정할 수 있습니다.
2. 제1호에도 불구하고, 무기명으로 제3조 제1항 제4호의 서류에서 확인할 수 있는 대리청구인을 지정할 수 있습니다. 단, 지정된 무기명 대리청구인은 보험금 청구 시점을 기준으로 판단됩니다.

대리청구인 지정 예시
· **기명 대리청구인** - 계약자가 기명하여 지정 : (예시) **"김OO"** · **무기명 대리청구인** - 계약자가 특정인을 기명하지 않고 지명 : (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 제3조 제1항 제4호로 증명할 수 있는 배우자 B

② 제1항에 따라 지정 가능한 대리청구인은 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다. 또한, 제8조(대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 제3조(보험금의 청구)에 따른 보험금 청구 시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족. 단, 제1항 2호에 따른 무기명 대리청구인 지정은 피보험자의 직계존속 또는 직계비속.

③ 제1항에 따라 대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 대리청구인 지정 신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 등 계약자와의 관계를 증명할 수 있는 서류
4. 개인정보 관련 동의서

④ 제3항에도 불구하고, 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 지정하는 경우에는 제3항 제3호 내지 제4호에 해당하는 서류는 제출하지 않습니다.

⑤ 제1항에도 불구하고, 대리청구인이 지정된 이후에 제5조(특약의 성립과 적용대상) 제2항에 따른 적용대상 계약의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제 8 조【대리청구인의 변경 지정】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려 드립니다.

1. 대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
4. 개인정보수집이용동의서

② 제1항에도 불구하고, 제7조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 변경 지정하는 경우에는 제1항 제3호 내지 제4호의 서류는 제출하지 않습니다.

제 5 관 기타사항

제 9 조【준용규정】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

보험료납입유예특약II 약관

제 1 조【목적】 ····· 418
제 2 조【용어의 정의】 ····· 418
제 3 조【신청대상에 관한 사항】 ····· 418
제 4 조【보험료 납입유예 신청에 관한 사항】 ····· 418
제 5 조【보험료 납입유예에 관한 사항】 ····· 419
제 6 조【기타 사항】 ····· 420

보험료납입유예특약Ⅱ 약관

제 1 조【목적】

이 특약은 보험회사(이하 '회사'라 합니다)가 별도로 정하는 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함합니다)의 보험료 납입을 유예하는 것을 목적으로 합니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 해당계약 : 이 특약의 적용을 받는 주계약 및 특약을 말합니다. 이때, 주계약 및 특약은 계약에 부가된 모든 보장성보험을 말합니다.
2. 해당계약 보험료 : 계속 납입하기로 약정한 해당계약의 보험료(이하 '보험료'라 합니다)를 말합니다.

제 3 조【신청대상에 관한 사항】

① 이 특약은 해당계약의 계약자가 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다.

1.「계약자 또는 계약자의 배우자(보험료 납입유예 신청일 기준 가족관계증명서 또는 주민등록등본상의 배우자로 하며, 이하 같습니다)」의 출산일로부터 1년 이내인 경우. 이 때, 출산은 유산 및 사산은 포함하지 않습니다.
2.「계약자 또는 계약자의 배우자」가 육아휴직(육아기 근로시간 단축을 포함합니다) 기간 중인 경우

② 제1항 제2호의 육아휴직은「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」및「국가공무원법」등 관계 법령에서 정한 바에 따르며, 해당 법령(이하'법령'이라 합니다)의 개정에 따라 적용대상의 기준이 변경된 경우에는 보험료 납입유예 신청 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

제3조 제2항 육아휴직 예시
「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조(육아휴직), 국가공무원법 제71조(휴직)에 따라 근로자 또는 공무원이 만8세 이하 또는 초등학교2학년 이하 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 휴직을 말합니다.
제3조 제2항 육아기 근로시간 단축 예시
「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조의2(육아기 근로시간 단축), 국가공무원법 제26조의2(근무시간의 단축 임용등)에 따라 근로자 또는 공무원이 만12세 이하 또는 초등학교6학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 근로시간 단축을 말합니다.

제 4 조【보험료 납입유예 신청에 관한 사항】

① 계약자는 주계약의 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 계약자가 제3조(신청대상에 관한 사항)에 따른 적용대상에 해당하는 경우 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시중지(이하'납입유예'라 합니다)를 신청할 수 있습니다. 이때, 계약자는 납입유예 신청시 보험료 납입이 유예된 기간(이하'납입유예기간'이라 한다)을「6개월 또는 12개월」중 하나의 기간으로 선택해야합니다. 이때 납입유예기간은 주계약의 보험료 납입주기 이상으로 선택 가능합니다.

제4조 제1항 <납입유예기간> 예시
주계약의 보험료 납입주기가 "연납"인 경우에는 납입유예기간은 12개월에 한하여 선택이 가능합니다.

② 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입유예를 신청하여야 합니다.

1. 보험료 납입유예 신청서(회사 양식)
2. 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)을 확인할 수 있는 서류
   가. 출산 : 출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서
   나. 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) : 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 확인서, 주민등록등본, 가족관계증명서
3. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 신청할 수 없습니다.

1. 이미 납입유예를 신청한 경우(제5조 제7항에 따라 취소한 경우 및 다른 제도성특약을 통해 납입유예를 신청한 경우를 포함)
2. 주계약 보험료 납입이 완료된 계약(주계약 보험료 납입면제된 계약 및 주계약의 보험료 납입기간이 지난 계약을 포함) 또는 주계약의 보험료 의무납입이 종료된 계약
3. 보험료 납입연체가 있는 경우. 다만, 연체된 보험료를 모두 납입한 경우 납입유예 신청이 가능합니다.
4. 보험료 납입 일시중지 또는 자동대출납입이 적용된 계약
5. 중도인출 또는 보험계약대출이 적용된 계약
6. 주계약의 잔여 납입기간이 2년 미만인 경우(갱신형 주계약의 갱신일까지의 잔여 납입기간이 2년 미만인 경우 포

함) 다만, 주계약의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우에 해당되는 경우, 6개월 납입유예만 신청이 가능합니다. (갱신형 주계약의 갱신일까지의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우 포함)

7. 납입유예기간 동안 납입하지 않을 해당계약 보험료(이하'납입유예 보험료'라 합니다) 총액이 납입유예 신청 시점 해당계약의 해약환급금을 초과하는 경우. 다만, '납입유예기간 중 갱신형보험의 갱신일이 도래하여 납입유예기간 동안 납입유예 보험료가 해당계약의 해약환급금을 초과하는지 판단할 수 없는 경우'에는 납입유예 신청일 기준의 갱신형 보험의 요율에서 갱신시 연령증가분만 반영하여 초과 여부를 판단합니다.

제 5 조【보험료 납입유예에 관한 사항】

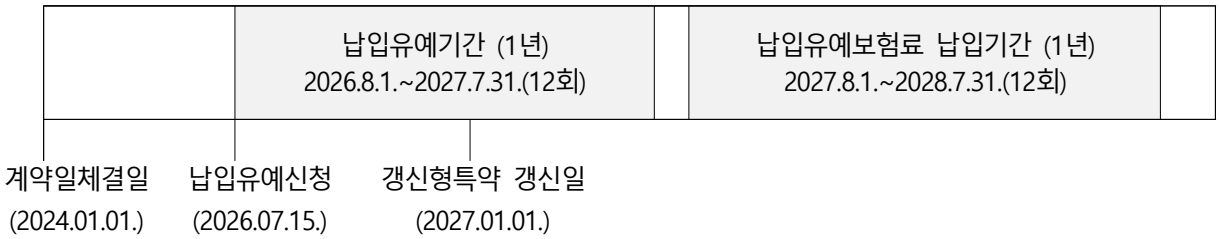
① 납입유예를 신청한 경우 계약자는 신청 이후 최초 도래하는 해당계약의 납입기일부터 납입유예기간동안 보험료를 납입하지 않으며 이 경우에도 회사는 보험료의 납입이 유예된 기간(이하' 납입유예기간'이라 합니다) 동안 보험료가 정상적으로 납입된 경우와 동일하게 보장하고, 계약자적립액 등을 계산합니다.

② 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일부터 납입유예기간과 동일 기간(이하 '납입유예 보험료 납입기간'라 한다)동안 납입유예 보험료를 납입유예 보험료 납입기간의 보험료와 함께 납입해야 합니다. 이때, 납입유예 보험료 납입기간의 보험료란 납입유예 신청 전의 해당 기간 납입기일에 정상적으로 납입해야 할 보험료(이하 '납입유예 보험료 납입기간 정상보험료'라 한다)를 말합니다.

③ 제2항에서 납입유예기간 중 해당계약 갱신형보험의 갱신일 도래시, 갱신형보험의 납입유예보험료는 갱신일 이전 기간에 대해서는 갱신 전 보험료, 갱신일 이후 기간에 대해서는 갱신 후 보험료로 합니다.

보험료 납입유예 예시

주계약 (비갱신형,월납,20년납), 3년 갱신형특약(전기납), 최초계약체결일: 2024.01.01. 납입유예기간: 1년 가정시



구분	납입보험료	납입유예 기간(1년)	납입유예 보험료 납입기간(1년)	납입유예 보험료
주계약	20만원	2026.8.1. ~2027.7.31. ('26.8.1부터 12회)	2027.8.1.~2028.7.31. (매월 납입기일에 총 12회납입)	20만원 x 12회
갱신형 특약	최초계약 : 3만원 1회차 갱신계약 : 4만원			최초계약 : 3만원 x 5회 1회차 갱신계약 : 4만원 x 7회

④ 납입유예 보험료 납입기간 동안 납입유예 보험료와 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 납입하지 않아 보험료의 납입이 연체되는 경우에는 주계약 약관 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에 따라 해당 계약은 해지될 수 있습니다. 이때, 주계약 약관 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지'조항에서의 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 보며, '납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용'에는 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료 전액이 차감된다는 내용을 포함합니다.

⑤ 제4항에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 주계약 약관 '보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이때, 주계약 약관 '보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에서의 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 봅니다.

⑥ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 해당계약 전체 또는 일부의 납입면제 사유 발생으로 보험료가 납입면제 된 경우, 계약자는 즉시 납입면제 되기 전까지의 해당계약의 납입유예 보험료 전체를 일시 납입하여야 하며, 주계약 약관 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 납입유예 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 해지될 수 있습니다.

⑦ 계약자는 납입유예기간동안 보험료를 납입할 수 없으며, 계약자가 납입유예기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입유예 취소 신청을 하고 보험료를 납입할 수 있습니다. 이 경우 납입유예기간은 그 때부터 종료되며, 계약자는 납입유예기간 종료 후 도래하는 해당계약 보험료 납입기일까지 해당계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 또한 납입유예 취소 신청시 납입유예 취소 신청전까지의 납입유예 보험료 전액을 일시에 납입하여야 합니다.

⑧ 제2항에도 불구하고 계약자의 선택에 따라 납입유예 보험료 납입기간 중에 납입유예 보험료를 일시에 납입하는

방법으로 변경할 수 있습니다.
⑨ 제2항에도 불구하고 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 선납하고자 하는 경우에는 납입유예 보험료를 일시에 납입해야 합니다. 이때, 선납 할인이 있는 경우에도 납입유예 보험료는 선납 할인 대상에서 제외합니다.
⑩ 제8항 및 제9항의 경우 납입유예 보험료 납입기간은 종료된 것으로 봅니다.
⑪ 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 보험가입금액 감액, 계약자, 납입기간 및 기타 계약의 내용을 변경할 수 없으며, 납입유예 보험료 납입기간 동안 계약의 내용을 변경하고자 하는 경우에는 변경 전까지 납입유예된 납입유예 보험료 전액을 일시에 납입하여야 합니다. 다만, 다음의 경우에는 회사가 정한 방법에 따라 회사의 승낙을 얻어 변경이 가능합니다.
1. 보험수익자의 변경 등 해당계약의 보험료 변경, 계약자적립액 정산, 해약환급금 정산이 발생하지 않는 경우
2. 해당계약 계약자 또는 피보험자가 사고발생의 위험이 변경 또는 증가하여 회사에 통지의무를이행한 경우
⑫ 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 중도인출, 보험계약대출 및 중도부가서비스를 신청할 수 없습니다.
⑬ 회사는 납입유예기간 종료일1개월 이전까지 계약자에게 납입유예기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항 및 납입유예 신청 및 처리로 인해 계약에 적용되는 주요사항을 전자문서 등의 방법으로 안내합니다.
⑭ 회사는 해당계약의 전부 또는 일부에 대해 해약환급금 또는 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우 지급사유가 발생하기 전까지의 '각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료'를 해약환급금 또는 보험금에서 차감하여 지급하거나, 일시 납입을 요구할 수 있으며 이 경우 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

제 6 조【기타 사항】

이 특약에서 정하지 아니한 사항은 이 특약이 부가된 해당계약 약관을 따릅니다.

장애인전용보험전환특약 약관

제 1 조【특약의 적용범위】 422
제 2 조【제출서류】 422
제 3 조【장애인전용보험으로의 전환】 422
제 4 조【전환 취소】 423
제 5 조【준용규정】 423

장애인전용보험전환특약 약관

제 1 조【특약의 적용범위】

① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험
2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인인 보험

이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시
< 예시 1> 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우 ⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다. < 예시 2> 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우 ⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다. < 예시 3> 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 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.

제 2 조【제출서류】

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 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.

제 3 조【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.

설명
2023년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2023년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2023년 1월 15일~ 2023년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2023년 6월 1일 ~ 2023년 12월 31일) 납입된 보험료만 장애인전용 보장성보험으로 표시됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된

당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

설명
2023년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2023년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2023년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특약의 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(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제 4 조【전환 취소】

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제 5 조【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.

치료비선지급서비스특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 425
제 1 조【목적】 ····· 425
제 2 조【용어의 정의】 ····· 425

제2관 보험금의 지급 ····· 425
제 3 조【특약의 적용범위】 ····· 425
제 4 조【보험금의 지급사유】 ····· 425
제 5 조【보험금지급에 관한 세부규정】 ····· 425
제 6 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 426
제 7 조【보험금의 청구】 ····· 426
제 8 조【보험금의 지급절차】 ····· 427

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 427
제 9 조【피보험자의 범위】 ····· 427
제 10 조【특약의 보험기간】 ····· 427

제4관 보험료의 납입 ····· 427
제 11 조【특약 보험료의 납입】 ····· 427

제5관 계약의 해지 등 ····· 427
제 12 조【계약자의 임의해지】 ····· 427

제6관 기타사항 ····· 427
제 13 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 427
(별표 1) 부가대상 특약, 특약별 보장개시일 및 특약별 보장질병 ····· 428
(별표 2) 보험금 지급시의 적립이율 계산 ····· 428

치료비선지급서비스특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】
이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 등에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험계약을 말합니다.
3. 평균공시이율
   전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【특약의 적용범위】
이 특약은 별표1 "부가대상 특약, 특약별 보장개시일 및 특약별 보장질병"에서 정한 "부가대상 특약"(이하 "부가대상 특약"이라 합니다) 중 한 가지 이상에 가입하였으며, 해당 특약이 유효한 계약인 경우에 한하여 적용합니다. 이 때 유효한 계약이란 해당 특약에 의거하여 보험금이 지급될 수 있는 상태의 계약을 의미합니다.

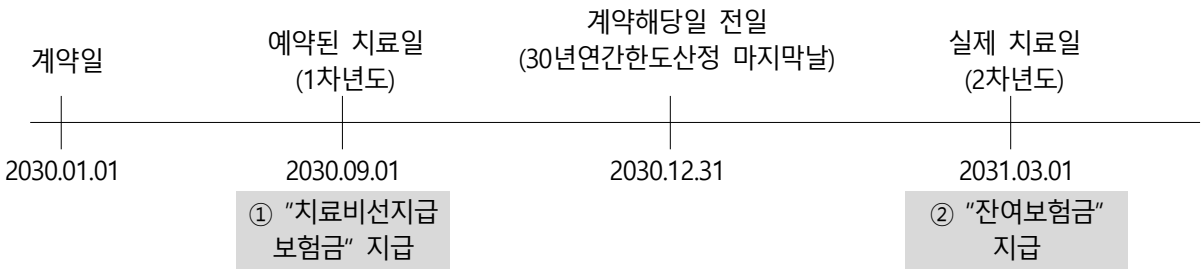
제 4 조【보험금의 지급사유】
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 "부가대상 특약"의 보험기간 중에 "특약별 보장개시일"(별표1 "부가대상 특약, 특약별 보장개시일 및 특약별 보장질병" 참조, 이하 "특약별 보장개시일"이라 합니다) 이후 "특약별 보장질병"(별표1 "부가대상 특약, 특약별 보장개시일 및 특약별 보장질병" 참조, 이하 "특약별 보장질병"이라 합니다)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "부가대상 특약"의 보험금 지급사유에 해당하는 "주요치료"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 "치료비선지급보험금"을 지급합니다.

제 5 조【보험금지급에 관한 세부규정】
① 제4조(보험금의 지급사유)의 "특약별 보장개시일", "특약별 보장질병", "주요치료"는 각 "부가대상 특약"의 약관 내용을 따릅니다. 단, "주요치료" 중 중환자실치료, 급여암특정통증완화치료는 "치료비선지급보험금" 지급대상에서 제외합니다.
② "치료비선지급보험금"은 예약된 치료일자를 기준으로 "부가대상 특약"의 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%로 합니다. 단, "치료비선지급보험금"은 500만원을 한도로 합니다.
③ "치료비선지급보험금"을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 "치료비선지급보험금"은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.
④ 회사가 "치료비선지급보험금"을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 "부가대상 특약"의 약관에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 "치료비선지급보험금"과 변경된 예약내용에 따라 계산된 "치료비선지급보험금"의 차액을 정산합니다.
⑤ 회사가 "치료비선지급보험금"을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 "치료비선지급보험금" 및 평균공시이율로 계산한 "치료비선지급보험금"의 지급일로부터 예약내용이 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.
1. "부가대상 특약"의 약관에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우

2. "부가대상 특약"의 약관에서 정한 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우

⑥ 회사가 "치료비선지급보험금"을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년이내에 "부가대상 특약"의 약관에 따른 "잔여보험금"을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 "부가대상 특약"의 약관에 따라 지급되는 보험금에서 "치료비선지급보험금"을 차감한 금액을 "잔여보험금"으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 "잔여보험금"을 계산합니다.

실제 치료일자가 변경된 경우 "잔여보험금" 지급 예시



① "치료비선지급보험금" : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

② "잔여보험금" : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 "치료비선지급보험금"을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 "잔여보험금"을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 "치료비선지급보험금"의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 "치료비선지급보험금" 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 "치료비선지급보험금" 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 "치료비선지급보험금" 및 평균공시이율로 계산한 "치료비선지급보험금"의 지급일로부터 회사가 반환 사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 "치료비선지급보험금"에 대한 반환금이 발생한 경우에는 "부가대상 특약"의 약관에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 "치료비선지급보험금"을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 "잔여보험금" 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 "치료비선지급보험금"을 청구할 수 없습니다.

제 6 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부) 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 "부가대상 특약"의 피보험자로 합니다.

제 10 조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 특약을 부가한 날부터 "부가대상 특약"의 보험기간이 끝나는 날까지로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 11 조【특약 보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 없습니다.

제 5 관 계약의 해지 등

제 12 조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 13 조【보통보험약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

부가대상 특약, 특약별 보장개시일 및 특약별 보장질병

부가대상 상품	부가대상 특약	특약별 보장개시일	특약별 보장질병
(무)흥국생명 다(多)사랑암보험 (해약환급금미지급형V2)	(무)종합병원일반암주요치료+특약 (치료별,연간1회한)	암보장개시일	암
	(무)종합병원소액암주요치료+특약 (치료별,연간1회한)	암보장개시일	소액암

(별표 2)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
보험금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관

제 1 조【특약의 체결 및 효력】 ····· 430
제 2 조【특약면책조건의 내용】 ····· 430
제 3 조【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】 ····· 431
제 4 조【보통보험약관 규정의 준용】 ····· 431
(별표 1) 특정 신체부위 분류표 ····· 432
(별표 2) 특정질병 분류표 ····· 433
(별표 3) 재해분류표 ····· 435
(별표 4) 장해분류표 ····· 435

특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제 1 조【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 주된 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자의 청약(또는 신청)과 회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다.)

② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거병력(계약 전 알릴 의무 사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한합니다.

③ 이 특약을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
2. 피보험자가 사망하였을 경우

⑥ 주계약 및 특약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특약 제2조【특약면책조건의 내용】제2항 제1호에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특약 제2조【특약면책조건의 내용】제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제 2 조【특약면책조건의 내용】

① 주계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 1종(특정신체부위 보장제한부인수형)의 경우에는 제2항 제1호의 질병을 대상으로 하여 조건을 부가하고, 2종(특정신체부위 및 특정질병 보장제한부인수형)의 경우에는 제2항 제1호 및 제2호의 질병을 대상으로 하여 조건을 부가합니다.

② 이 특약에서 정한 면책기간(이하 "부담보 기간" 이라 합니다) 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 사망으로 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 별표1 "특정 신체부위분류표" 중에서 회사가 지정한 신체부위(이하 "특정 신체부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병
2. 별표2 "특정질병분류표" 중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병" 이라 합니다)

③ 제2항의 부담보 기간은 특정질병 또는 특정 신체부위의 상태에 따라 「1개월부터 5년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 합니다. 다만, 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사 표시가 없는 한 별도의 인수심사 없이 갱신되는 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다)에서 부담보 기간의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「주계약의 보험기간」은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사의 계약인수기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

계약인수기준
피보험자의 건강상태, 위험의 종류 등을 판별하고 이에 따라 인수여부를 결정하는 기준을 말합니다.

④ 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 유사계약에서 정한 부담보 기간 종료일 이내에서 계약의 부담보 기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 다만, 유사계약 청약일 이후 제2항 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 아니할 수 있습니다.

⑤ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제2항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
3. 재해(별표3 "재해분류표"참조)로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
4. 보험계약청약일 이후 5년이 지나는 동안 제2항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없고, 청약일로부터 5년이 지난 이후 제2항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우. 다만, 보험계약청약일 현재 부담보 기간을 "계약의 보험기간"으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 보험계약청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 보험계약청약일 사이에 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않았다면 보험계약청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

⑥ 제5항 제4호의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

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

⑦ 피보험자가 회사가 정한 부담보 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 부담보 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정 신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑨ 제2항의 특정 신체부위와 특정질병은 6개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제 3 조【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

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

② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제5항의 규정을 따릅니다.

제 4 조【보통보험약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통보험약관(주계약 약관)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

특정 신체부위 분류표

분류번호	특정 신체부위의 명칭
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	직장
4	간
5	췌장
6	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골포함)
7	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
8	인두 또는 후두(편도 포함)
9	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
10	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데 귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
11	안구 및 안구부속물[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
12	신장
13	요관, 방광 및 요도
14	전립선
15	유방(유선 포함)
16	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
17	난소 및 난관
18	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
19	갑상선
20	경추부(해당신경 포함)
21	흉추부(해당신경 포함)
22	요추부(해당신경 포함)
23	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)

분류번호	특정 신체부위의 명칭
24	왼쪽 어깨
25	오른쪽 어깨
26	왼쪽 고관절
27	오른쪽 고관절
28	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
29	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
30	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
31	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
32	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
33	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
34	식도
35	대장(맹장, 직장 제외)
36	피부(두피 및 입술포함)
37	항문
38	담낭(쓸개) 및 담관
39	상·하악골(위턱뼈.아래턱뼈)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
43	오른발(오른쪽 발목관절 이하)
44	비장
45	쇄골
46	늑골(갈비뼈)
47	부신
48	부갑상선
49	음경
50	질 및 외음부

(별표 2)

특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장을 제한하는 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

병 명	분류번호	세부내용
심질환	I00~I02 I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52	급성 류마티스열 만성 류마티스심장질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 기타 형태의 심장병
뇌혈관질환	I60~I69	뇌혈관 질환
당뇨병	E10~E14	당뇨병
고혈압질환	I10~I13, I15	고혈압질환
결 핵	A15~A19, B90	결핵 결핵의 휴유증
담석증	K80	담석증
요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
	N21	하부 요로의 결석
	N23	상세불명의 신장 급통증
임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
	O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
	O13	임신[임신-유발]고혈압
	O14	전자간
	O15	자간
골관절증 및 류마티스관절염	M05	혈청검사 양성 류마티스 관절염
	M06	기타 류마티스 관절염
	M08	연소성 관절염
	M15	다발관절증
	M16	고관절증
	M17	무릎관절증
	M18	제1수근중수관절의 관절증
	M19	기타 관절증
척주만곡증	M40	척주후만증 및 척주전만증
	M41	척주측만증
통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사장애
	M10	통풍
고지질혈증	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
사시	H49	마비성 사시
	H50	기타 사시
	H51	양안운동의 기타 장애
백내장	H25	노년백내장
	H26	기타 백내장
	H27	수정체의 기타 장애
하지정맥류 (정맥염 포함)	I80	정맥염 및 혈전정맥염
	I83	하지의 정맥류
	I87	정맥의 기타 장애

병 명	분류번호	세부내용
탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니탈장
	K41	대퇴탈장
	K42	배꼽탈장
	K43	복벽탈장
	K44	횡경막탈장
	K45	기타 복부탈장
	K46	상세불명의 복부탈장
	N43	음낭수종 및 정액류
유산	N96	습관적 유산자
	O00	자궁외 임신
	O01	포상기태
	O02	기타 비정상적 수태부산물
	O03	자연 유산
	O04	의학적 유산
	O05	기타 유산
	O06	상세불명의 유산
	O07	시도된 유산의 실패
	O08	유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
	O20	초기임신중 출혈
복막의 질환	K65	복막염
	K66	복막의 기타 장애
	K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
골반염	N70	난관염 및 난소염
	N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
	N72	자궁경부의 염증성 질환
	N73	기타 여성 골반염증질환
	N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
	M81	병적 골절이 없는 골다공증
	M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
천식	J45	천식
	J46	천식지속 상태
빈혈	D50~D53	영양성 빈혈
	D55~D59	용혈성 빈혈
	D60~D64	무형성 및 기타 빈혈
수면장애	G47	수면장애
두통	R51	두통
	G43	편두통
	G44	기타 두통증후군
다한증	R61	다한증
결절종	M67.4	결절종
지방종	D17	양성 지방종성 신생물
	D21	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물
	D23	피부의 기타 양성 신생물
자궁내막증	N80	자궁내막증
자궁근종	D25	자궁의 평활근종

※ 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장을 제한하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장을 제한하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장을 제한하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표2 (재해분류표)와 동일

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국생명 다(多)사랑암보험(해약환급금미지급형V2) 보통보험약관
별표3 (장해분류표)과 동일

[부록] 보험용어해설

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

2. 보험증권
보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

3. 보험계약자
보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

4. 피보험자
보험사고 발생의 대상이 되는 사람

5. 보험수익자
보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

6. 보험료
보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

7. 보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원, 등 보험약관에서 정의하는 보험금지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

8. 보험기간
보험계약에 따라 보장을 받는 기간

9. 보장개시일
보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

10. 보험가입금액
보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

11. 계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

12. 해약환급금
계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

[부록] 약관에서 인용된 법령 내용

□ 아래 법령은 약관에서 인용한 법령으로 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다. 다만, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있는 점 참고 바랍니다.

□ 향후 아래 법령이 개정될 경우 개정된 내용을 적용합니다. 또한, 아래 법령과 실제 법령 내용이 다를 경우에는 실제 법령 내용이 적용됩니다.

○ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "감염병"이란 제1급감염병, 제2급감염병, 제3급감염병, 제4급감염병, 기생충감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병을 말한다.
2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 에볼라바이러스병
   나. 마버그열
   다. 라싸열
   라. 크리미안콩고출혈열
   마. 남아메리카출혈열
   바. 리프트밸리열
   사. 두창
   아. 페스트
   자. 탄저
   차. 보툴리눔독소증
   카. 야토병
   타. 신종감염병증후군
   파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
   하. 중동호흡기증후군(MERS)
   거. 동물인플루엔자 인체감염증
   너. 신종인플루엔자
   더. 디프테리아
3. "제2급감염병"이란 전파가능성을 고려하여 발생 또는 유행 시24시간 이내에 신고하여 하고, 격리가 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 결핵(結核)
   나. 수두(水痘)
   다. 홍역(紅疫)
   라. 콜레라
   마. 장티푸스
   바. 파라티푸스
   사. 세균성이질
   아. 장출혈성대장균감염증
   자. A형간염
   차. 백일해(百日咳)
   카. 유행성이하선염(流行性耳下腺炎)
   타. 풍진(風疹)
   파. 폴리오
   하. 수막구균 감염증
   거. b형헤모필루스인플루엔자
   너. 폐렴구균 감염증
   더. 한센병
   러. 성홍열
   머. 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증
   버. 카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증

서. E형간염

4. "제3급감염병"이란 그 발생을 계속 감시할 필요가 있어 발생 또는 유행 시24시간 이내에 신고하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 파상풍(破傷風)
   나. B형간염
   다. 일본뇌염
   라. C형간염
   마. 말라리아
   바. 레지오넬라증
   사. 비브리오패혈증
   아. 발진티푸스
   자. 발진열(發疹熱)
   차. 쯔쯔가무시증
   카. 렙토스피라증
   타. 브루셀라증
   파. 공수병(恐水病)
   하. 신증후군출혈열(腎症侯群出血熱)
   거. 후천성면역결핍증(AIDS)
   너. 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD)
   더. 황열
   러. 뎅기열
   머. 큐열(Q熱)
   버. 웨스트나일열
   서. 라임병
   어. 진드기매개뇌염
   저. 유비저(類鼻疽)
   처. 치쿤구니야열
   커. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)
   터. 지카바이러스 감염증
   퍼. 매독(梅毒)
5. "제4급감염병"이란 제1급감염병부터 제3급감염병까지의 감염병 외에 유행 여부를 조사하기 위하여 표본감시 활동이 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 질병관리청장이 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 인플루엔자
   나. 삭제
   다. 회충증
   라. 편충증
   마. 요충증
   바. 간흡충증
   사. 폐흡충증
   아. 장흡충증
   자. 수족구병
   차. 임질
   카. 클라미디아감염증
   타. 연성하감
   파. 성기단순포진
   하. 첨규콘딜롬
   거. 반코마이신내성장알균(VRE) 감염증
   너. 메티실린내성황색포도알균(MRSA) 감염증
   더. 다제내성녹농균(MRPA) 감염증
   러. 다제내성아시네토박터바우마니균(MRAB) 감염증
   머. 장관감염증
   버. 급성호흡기감염증
   서. 해외유입기생충감염증
   어. 엔테로바이러스감염증
   저. 사람유두종바이러스 감염증

(이하 생략)

제16조의2(감염병병원체 확인기관)

① 다음 각 호의 기관(이하 "감염병병원체 확인기관"이라 한다)은 실험실 검사 등을 통하여 감염병병원체를 확인할 수 있다.

1. 질병관리청
2. 질병대응센터
3. 「보건환경연구원법」 제2조에 따른 보건환경연구원
4. 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소
5. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관
6. 「고등교육법」 제4조에 따라 설립된 의과대학 중 진단검사의학과가 개설된 의과대학
7. 「결핵예방법」 제21조에 따라 설립된 대한결핵협회(결핵환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
8. 「민법」 제32조에 따라 한센병환자 등의 치료·재활을 지원할 목적으로 설립된 기관(한센병환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
9. 인체에서 채취한 검사물에 대한 검사를 국가, 지방자치단체, 의료기관 등으로부터 위탁받아 처리하는 기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근하는 기관

○ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

[별표2] 감염병환자 등의 진단 기준

1. 제 1 급감염병의 경우
   - ■ 제 1 급감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
2. 제 2 급감염병의 경우
   - ■ 제 2 급감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말, 뇌척수액, 가래 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
3. 제 3 급감염병의 경우
   - ■ 제 3 급감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 뇌척수액, 가래, 기관지세척액 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 감염병환자로 진단한다.

(이하 생략)

○ 개인정보보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호·제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.
1. 제15조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
2. 제17조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
3. 제18조제2항제1호에 따라 동의를 받는 경우
4. 제19조제1호에 따라 동의를 받는 경우
5. 제23조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
6. 제24조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제30조제2항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

④ 삭제

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제1항제3호 및 제7호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 삭제

⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제22조의2(아동의 개인정보 보호)

① 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 하며, 법정대리인이 동의하였는지를 확인하여야 한다.

② 제1항에도 불구하고 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보로서 대통령령으로 정하는 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.

③ 개인정보처리자는 만 14세 미만의 아동에게 개인정보 처리와 관련한 사항의 고지 등을 할 때에는 이해하기 쉬운 양식과 명확하고 알기 쉬운 언어를 사용하여야 한다.

④ 제1항부터 제3항까지에서 규정한 사항 외에 동의 및 동의 확인 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의

위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

제24조의2(주민등록번호 처리의 제한)

① 제24조제1항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다.

1. 법률·대통령령·국회규칙·대법원규칙·헌법재판소규칙·중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우
2. 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우
3. 제1호 및 제2호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 보호위원회가 고시로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제24조제3항에도 불구하고 주민등록번호가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

③ 개인정보처리자는 제1항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.

④ 보호위원회는 개인정보처리자가 제3항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련·지원할 수 있다.

○ 결핵예방법

제21조(대한결핵협회)

① 결핵에 관한 조사·연구와 예방 및 퇴치사업을 수행하기 위하여 대한결핵협회(이하 "협회"라 한다)를 둔다.

② 협회는 법인으로 한다.

③ 제1항에 따른 대한결핵협회가 아닌 자는 대한결핵협회 또는 이와 유사한 명칭을 사용하지 못한다.

④ 협회에 관하여는 이 법에 규정된 것을 제외하고는 「민법」 중 사단법인에 관한 규정을 준용한다.

○ 고등교육법

제4조(학교의 설립 등)

① 학교를 설립하려는 자는 시설·설비 등 대통령령으로 정하는 설립기준을 갖추어야 한다.

② 국가 외의 자가 학교를 설립하려는 경우에는 교육부장관의 인가를 받아야 한다.

③ 공립학교나 사립학교의 설립자·경영자가 학교를 폐지하거나 대통령령으로 정하는 중요 사항을 변경하려는 경우에는 교육부장관의 인가를 받아야 한다.

○ 고용보험법

제43조(수급자격의 인정)

① 구직급여를 지급받으려는 사람은 직업안정기관의 장에게 제40조제1항제1호부터 제3호까지·제5호 및 제6호에 따른 구직급여의 수급 요건을 갖추었다는 사실(이하 "수급자격"이라 한다)을 인정하여 줄 것을 신청하여야 한다.

② 직업안정기관의 장은 제1항에 따른 수급자격의 인정신청을 받으면 그 신청인에 대한 수급자격의 인정 여부를 결정하고, 대통령령으로 정하는 바에 따라 신청인에게 그 결과를 알려야 한다.

③ 제2항에 따른 신청인이 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우에는 마지막에 이직한 사업을 기준으로 수급자격의 인정 여부를 결정한다. 다만, 마지막 이직 당시 일용근로자로서 피보험 단위기간이 1개월 미만인 사람이 수급자격을 갖추지 못한 경우에는 일용근로자가 아닌 근로자로서 마지막으로 이직한 사업을 기준으로 결정한다.
1. 피보험자로서 마지막에 이직한 사업에 고용되기 전에 피보험자로서 이직한 사실이 있을 것
2. 마지막 이직 이전의 이직과 관련하여 구직급여를 받은 사실이 없을 것

④ 직업안정기관의 장은 제2항 및 제3항에 따라 신청인에 대한 수급자격의 인정 여부를 결정하기 위하여 필요하면 신청인이 이직하기 전 사업의 사업주에게 고용노동부령으로 정하는 바에 따라 이직확인서의 제출을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 사업주는 고용노동부령으로 정하는 바에 따라 이직확인서를 제출하여야 한다.

⑤ 제2항에 따라 수급자격의 인정을 받은 사람(이하 "수급자격자"라 한다)이 제48조 및 제54조제1항에 따른 기간에 새로 수급자격의 인정을 받은 경우에는 새로 인정받은 수급자격을 기준으로 구직급여를 지급한다.

○ 관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일)

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

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제
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·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제6호·제7호·제9호 또는 제10호의 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.

○ 공직선거법

제34조(선거일)

① 임기만료에 의한 선거의 선거일은 다음 각호와 같다.
1. 대통령선거는 그 임기만료일전 70일 이후 첫번째 수요일
2. 국회의원선거는 그 임기만료일전 50일 이후 첫번째 수요일
3. 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거는 그 임기만료일전 30일 이후 첫 번째 수요일

② 제1항의 규정에 의한 선거일이 국민생활과 밀접한 관련이 있는 민속절 또는 공휴일인 때와 선거일전일이나 그 다음날이 공휴일인 때에는 그 다음주의 수요일로 한다.

○ 국민건강보험법

제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.
1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그밖의 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 각호와 같다.
1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

제41조의2(약제에 대한 요양급여비용 상한금액의 감액 등)

① 보건복지부장관은「약사법」제47조제2항의 위반과 관련된 제41조제1항제2호의 약제에 대하여는 요양급여비용 상한금액(제41조제3항에 따라 약제별 요양급여비용의 상한으로 정한 금액을 말한다. 이하 같다)의 100분의 20을 넘지 아니하는 범위에서 그 금액의 일부를 감액할 수 있다

② 보건복지부장관은 제1항에 따라 요양급여비용의 상한금액이 감액된 약제가 감액된 날부터 5년의범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 다시 제1항에 따른 감액의 대상이 된 경우에는 요양급여비용 상한금액의 100분의 40을 넘지 아니하는 범위에서 요양급여비용 상한금액의 일부를 감액할 수 있다

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 요양급여비용의 상한금액이 감액된 약제가 감액된 날부터 5년의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 다시「약사법」제47조제2항의 위반과 관련된 경우에는 해당 약제에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 요양급여의 적용을 정지할 수 있다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 요양급여비용 상한금액의 감액 및 요양급여 적용 정지의 기준, 절차, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

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.
1.「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2.「약사법」에 따라 등록된 약국
3.「약사법」제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4.「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5.「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

(이하 생략)

제44조(비용의 일부부담)

① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 "본인일부부담금"이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.

② 제1항에 따라 본인이 연간 부담하는 본인일부부담금의 총액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 "본인부담상한액"이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. 이 경우 공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급하여야 한다.

③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.

④ 제2항에 따른 본인일부부담금 총액 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

○ 국민건강보험법 시행령

[별표 3] 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. 2023년 본인부담상한액 : 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120일 초과 입원	그 밖의 경우
지역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1구간	134만원	87만원
	2구간	168만원	108만원

	3구간	227만원	162만원
	4구간	375만원	303만원
	5구간	538만원	414만원
	6구간	646만원	497만원
	7구간	1,014만원	780만원
비고 : 위 표에서 "120일 초과 입원"이란 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120일을 초과하는 경우를 말한다.			

나. 2024년 이후 본인부담상한액 : 다음 계산식에 따른 금액

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 다음표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
직장가입자 및 피부양자	1구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 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.		

○ 국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙

제9조(비급여대상)

① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표2 와 같다

[별표 2] 비급여대상

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)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
   바. 검열반 등 안과질환
   사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환

(이하 생략)

○ 금융소비자보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 8. (생략)
9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자
10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제17조(적합성원칙)

① 금융상품판매업자등은 금융상품계약체결등을 하거나 자문업무를 하는 경우에는 상대방인 금융소비자가 일반금융소비자인지 전문금융소비자인지를 확인하여야 한다.

② 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 다음 각 호의 금융상품 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 경우를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에는 면담·질문 등을 통하여 다음 각 호의 구분에 따른 정보를 파악하고, 일반금융소비자로부터 서명(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함한다. 이하 같다), 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아 이를 유지·관리하여야 하며, 확인받은 내용을 일반금융소비자에게 지체 없이 제공하여야 한다.

1. 「보험업법」 제108조제1항제3호에 따른 변액보험 등 대통령령으로 정하는 보장성 상품
   가. 일반금융소비자의 연령
   나. 재산상황(부채를 포함한 자산 및 소득에 관한 사항을 말한다. 이하 같다)
   다. 보장성 상품 계약 체결의 목적
2. 투자성 상품(「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제27항에 따른 온라인소액투자중개의 대상이 되는 증권 등 대통령령으로 정하는 투자성 상품은 제외한다. 이하 이 조에서 같다) 및 운용 실적에 따라 수익률 등의 변동 가능성이 있는 금융상품으로서 대통령령으로 정하는 예금성 상품
   가. 일반금융소비자의 해당 금융상품 취득 또는 처분 목적
   나. 재산상황
   다. 취득 또는 처분 경험
3. 대출성 상품
   가. 일반금융소비자의 재산상황
   나. 신용 및 변제계획
4. 그 밖에 일반금융소비자에게 적합한 금융상품 계약의 체결을 권유하기 위하여 필요한 정보로서 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융상품판매업자등은 제2항 각 호의 구분에 따른 정보를 고려하여 그 일반금융소비자에게 적합하지 아니하다고 인정되는 계약 체결을 권유해서는 아니 된다. 이 경우 적합성 판단 기준은 제2항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.
(이하 생략)

제18조(적정성원칙)

① 금융상품판매업자는 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품 및 대출성 상품에 대하여 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유하지 아니하고 금융상품 판매 계약을 체결하려는 경우에는 미리 면담·질문 등을 통하여 다음 각 호의 구분에 따른 정보를 파악하여야 한다.
1. 보장성 상품: 제17조제2항제1호 각 목의 정보
2. 투자성 상품: 제17조제2항제2호 각 목의 정보
3. 대출성 상품: 제17조제2항제3호 각 목의 정보
4. 금융상품판매업자가 금융상품 판매 계약이 일반금융소비자에게 적정한지를 판단하는 데 필요하다고 인정되는 정보로서 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자는 제1항 각 호의 구분에 따라 확인한 사항을 고려하여 해당 금융상품이 그 일반금융소비자에게 적정하지 아니하다고 판단되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 알리고, 그 일반금융소비자로부터 서명, 기명날인, 녹취, 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 이 경우 적정성 판단 기준은 제1항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.
(이하 생략)

제19조(설명의무)

① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.
1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항
   가. 보장성 상품
      1) 보장성 상품의 내용
      2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
      3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
      4) 위험보장의 범위
      5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   나. 투자성 상품
      1) 투자성 상품의 내용
      2) 투자에 따른 위험
      3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급
      4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   다. 예금성 상품
      1) 예금성 상품의 내용
      2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   라. 대출성 상품
      1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부·기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용
      2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기
      3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항
      4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액
      5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 "연계·제휴서비스등"이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항
   가. 연계·제휴서비스등의 내용
   나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항
   다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항
4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자등은 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.

③ 금융상품판매업자등은 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 빠뜨려서

는 아니 된다.
④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

제20조(불공정영업행위의 금지)
① 금융상품판매업자등은 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위(이하 "불공정영업행위"라 한다)를 해서는 아니 된다.
1. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 다른 금융상품의 계약체결을 강요하는 행위
2. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 부당하게 담보를 요구하거나 보증을 요구하는 행위
3. 금융상품판매업자등 또는 그 임직원이 업무와 관련하여 편익을 요구하거나 제공받는 행위
4. 대출성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
가. 자기 또는 제3자의 이익을 위하여 금융소비자에게 특정 대출 상환방식을 강요하는 행위
나. 1)부터 3)까지의 경우를 제외하고 수수료, 위약금 또는 그 밖에 어떤 명목이든 중도상환수수료를 부과하는 행위
1) 대출계약이 성립한 날부터 3년 이내에 상환하는 경우
2) 다른 법령에 따라 중도상환수수료 부과가 허용되는 경우
3) 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 경우
다. 개인에 대한 대출 등 대통령령으로 정하는 대출상품의 계약과 관련하여 제3자의 연대보증을 요구하는 경우
5. 연계·제휴서비스등이 있는 경우 연계·제휴서비스등을 부당하게 축소하거나 변경하는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위. 다만, 연계·제휴서비스등을 불가피하게 축소하거나 변경하더라도 금융소비자에게 그에 상응하는 다른 연계·제휴서비스등을 제공하는 경우와 금융상품판매업자등의 휴업·파산·경영상의 위기 등에 따른 불가피한 경우는 제외한다.
6. 그 밖에 금융상품판매업자등이 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 행위
② 불공정영업행위에 관하여 구체적인 유형 또는 기준은 대통령령으로 정한다.

제21조(부당권유행위 금지)
금융상품판매업자등은 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 해서는 아니 된다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위는 제외한다.
1. 불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위
2. 금융상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위
3. 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미치는 사항을 미리 알고 있으면서 금융소비자에게 알리지 아니하는 행위
4. 금융상품 내용의 일부에 대하여 비교대상 및 기준을 밝히지 아니하거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품과 비교하여 해당 금융상품이 우수하거나 유리하다고 알리는 행위
5. 보장성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
가. 금융소비자(이해관계인으로서 대통령령으로 정하는 자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 보장성 상품 계약의 중요한 사항을 금융상품직접판매업자에게 알리는 것을 방해하거나 알리지 아니할 것을 권유하는 행위
나. 금융소비자가 보장성 상품 계약의 중요한 사항에 대하여 부실하게 금융상품직접판매업자에게 알릴 것을 권유하는 행위
6. 투자성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
가. 금융소비자로부터 계약의 체결권유를 해줄 것을 요청받지 아니하고 방문·전화 등 실시간 대화의 방법을 이용하는 행위
나. 계약의 체결권유를 받은 금융소비자가 이를 거부하는 취지의 의사를 표시하였는데도 계약의 체결권유를 계속하는 행위
7. 그 밖에 금융소비자 보호 또는 건전한 거래질서를 해칠 우려가 있는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위

제23조(계약서류의 제공의무)
① 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.
② 제1항에 따른 계약서류의 제공 사실 또는 계약체결 사실 및 그 시기에 관하여 금융소비자와 다툼이 있는 경우에는 금융상품직접판매업자 및 금융상품자문업자가 이를 증명하여야 한다.
③ 제1항에 따른 계약서류 제공의 방법 및 절차는 대통령령으로 정한다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)
조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 총족하는 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. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제46조(청약의 철회)
① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약

을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
   가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
   나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 "금전·재화등"이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일
   가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
   나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.

1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 "서면등"이라 한다)을 발송한 때
2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때
   가. 이미 공급받은 금전·재화등
   나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자
   다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용

③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.

1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.
3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.

⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.

⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

○ 노인장기요양보험법

제14조(장기요양인정 신청의 조사)

① 공단은 제13조제1항에 따라 신청서를 접수한 때 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 소속 직원으로 하여금 다음 각 호의 사항을 조사하게 하여야 한다. 다만, 지리적 사정 등으로 직접 조사하기 어려운 경우 또는 조사에 필요하다고 인정하는 경우 특별자치시·특별자치도·시·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다)에 대하여 조사를 의뢰하거나 공동으로 조사할 것을 요청할 수 있다.

1. 신청인의 심신상태
2. 신청인에게 필요한 장기요양급여의 종류 및 내용
3. 그 밖에 장기요양에 관하여 필요한 사항으로서 보건복지부령으로 정하는 사항

② 공단은 제1항 각 호의 사항을 조사하는 경우 2명 이상의 소속 직원이 조사할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제1항에 따라 조사를 하는 자는 조사일시, 장소 및 조사를 담당하는 자의 인적사항 등을 미리 신청인에게 통보하여야 한다.
④ 공단 또는 제1항 단서에 따른 조사를 의뢰받은 특별자치시·특별자치도·시·군·구는 조사를 완료한 때 조사결과서를 작성하여야 한다. 조사를 의뢰받은 특별자치시·특별자치도·시·군·구는 지체 없이 공단에 조사결과서를 송부하여야 한다.

제15조(등급판정 등)
① 공단은 제14조에 따른 조사가 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.
② 등급판정위원회는 신청인이 제12조의 신청자격요건을 충족하고 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.
③ 등급판정위원회는 제2항에 따라 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족, 의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들을 수 있다.
④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제14조 제1항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우
⑤ 등급판정위원회는 제4항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제2항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다.

제23조(장기요양급여의 종류)
① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.
1. 재가급여
가. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
나. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
다. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
라. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
마. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
바. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것
2. 시설급여 : 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
3. 특별현금급여
가. 가족요양비 : 제24조에 따라 지급하는 가족장기요양급여
나. 특례요양비 : 제25조에 따라 지급하는 특례장기요양급여
다. 요양병원간병비 : 제26조에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여
② 제1항제1호 및 제2호에 따라 장기요양급여를 제공할 수 있는 장기요양기관의 종류 및 기준과 장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위·업무·보수교육 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
③ 장기요양급여의 제공 기준·절차·방법·범위, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제29조(장기요양급여의 제한)
① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

○ 노인장기요양보험법 시행령

제7조(등급판정기준 등)
① 법 제15조제2항에 따른 등급판정기준은 다음 각 호와 같다.
1. 장기요양 1등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
2. 장기요양 2등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3. 장기요양 3등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수

가 60점 이상 75점 미만인 자

4. 장기요양 4등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5. 장기요양 5등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
6. 장기요양 인지지원등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 미만인 자

② 제1항에 따른 장기요양인정 점수는 장기요양이 필요한 정도를 나타내는 점수로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 심신의 기능 저하 상태를 측정하는 방법에 따라 산정한다.

○ 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 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.

② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.

③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

○ 도로교통법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 16. (생략)
17. "차마"란 다음 각 목의 차와 우마를 말한다.
    가. "차"란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
        1) 자동차
        2) 건설기계
        3) 원동기장치자전거
        4) 자전거
        5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기, 제21호의3에 따른 실외이동로봇 등 행정안전부령으로 정하는 기구·장치는 제외한다.
    나. "우마"란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 말한다.
17의2. "노면전차"란 「도시철도법」 제2조제2호에 따른 노면전차로서 도로에서 궤도를 이용하여 운행되는 차를 말한다.
18. "자동차"란 철길이나 가설된 선을 이용하지 아니하고 원동기를 사용하여 운전되는 차(견인되는 자동차도 자동차의 일부로 본다)로서 다음 각 목의 차를 말한다.
    가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 다음의 자동차. 다만, 원동기장치자전거는 제외한다.
        1) 승용자동차
        2) 승합자동차
        3) 화물자동차
        4) 특수자동차
        5) 이륜자동차
    나. 「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계
18의2. "자율주행시스템"이란 「자율주행자동차 상용화 촉진 및 지원에 관한 법률」 제2조제1항제2호에 따른 자율주행시스템을 말한다. 이 경우 그 종류는 완전 자율주행시스템, 부분 자율주행시스템 등 행정안전부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.
18의3. "자율주행자동차"란 「자동차관리법」 제2조제1호의3에 따른 자율주행자동차로서 자율주행시스템을 갖추고 있는 자동차를 말한다.
19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.
    가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차
    나. 그 밖에 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇은 제외한다)

(이하 생략)

○ **모자보건법**

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(準强姦)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.

○ **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 신체질환은 연골무형성증, 낭성섬유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환으로 한다.

③ 법 제14조제1항제2호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 톡소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

○ **민법**

제2조(신의성실)

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 권리는 남용하지 못한다.

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.

제28조(실종선고의 효과)

실종선고를 받은 자는 전조의 기간이 만료한 때에 사망한 것으로 본다.

제29조(실종선고의 취소)

① 실종자의 생존한 사실 또는 전조의 규정과 상이한 때에 사망한 사실의 증명이 있으면 법원은 본인, 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 실종선고를 취소하여야 한다. 그러나 실종선고후 그 취소전에 선의로 한 행위의 효력에 영향을 미치지 아니한다.

② 실종선고의 취소가 있을 때에 실종의 선고를 직접원인으로 하여 재산을 취득한 자가 선의인 경우에는 그 받은 이익이 현존하는 한도에서 반환할 의무가 있고 악의인 경우에는 그 받은 이익에 이자를 붙여서 반환하고 손해가 있으면 이를 배상하여야 한다.

제32조(비영리법인의 설립과 허가)

학술, 종교, 자선, 기예, 사교 기타 영리아닌 사업을 목적으로 하는 사단 또는 재단은 주무관청의 허가를 얻어 이를 법인으로 할 수 있다.

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

제1000조(상속의 순위)
① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

제1001조(대습상속)
전조제1항제1호와 제3호의 규정에 의하여 상속인이 될 직계비속 또는 형제자매가 상속개시전에 사망하거나 결격자가 된 경우에 그 직계비속이 있는 때에는 그 직계비속이 사망하거나 결격된 자의 순위에 갈음하여 상속인이 된다.

제1003조(배우자의 상속순위)
① 피상속인의 배우자는 제1000조제1항제1호와 제2호의 규정에 의한 상속인이 있는 경우에는 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.
② 제1001조의 경우에 상속개시전에 사망 또는 결격된 자의 배우자는 동조의 규정에 의한 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.

제1004조(상속인의 결격사유)
다음 각 호의 어느 하나에 해당한 자는 상속인이 되지 못한다.
1. 고의로 직계존속, 피상속인, 그 배우자 또는 상속의 선순위나 동순위에 있는 자를 살해하거나 살해하려한 자
2. 고의로 직계존속, 피상속인과 그 배우자에게 상해를 가하여 사망에 이르게 한 자
3. 사기 또는 강박으로 피상속인의 상속에 관한 유언 또는 유언의 철회를 방해한 자
4. 사기 또는 강박으로 피상속인의 상속에 관한 유언을 하게 한 자
5. 피상속인의 상속에 관한 유언서를 위조·변조·파기 또는 은닉한 자

○ 보건환경연구원법

제2조(설치)
① 보건환경연구원(이하 "연구원"이라 한다)은 특별시·광역시·도 및 특별자치도에 설치한다.
② 연구원의 설치에 필요한 사항은 해당 지방자치단체의 조례로 정한다.

○ 보험업감독규정

제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)
① 삭제
② 삭제
③ 삭제
④ 삭제
⑤ 삭제
⑥ 삭제
⑦ 영 제43조제4항제3호나목, 같은 조 제5항제2호나목, 제7항제2호 및 제10항제1호나목, 제43조의2제2항제4호에서 "금융위원회가 정하는 기준"이란「전자금융거래법」제21조제2항에 따른 기준을 말한다.
⑧ 보험회사는 법 제95조의2제3항 및 영 제42조의2제3항제1호바목·사목에 따라 보험계약 체결 단계에서 일반보험계약자에게 중요사항을 설명할 때에는 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다.
1. 다음 각 목의 보험계약에 대하여 설명할 것. 다만, 보험계약자가 법인인 보험계약 및「노인복지법」제26조에 따른 경로우대자 외의 자가 사이버몰을 이용하여 모집한 보험계약은 제외한다.
가. 변액보험계약
나. 저축성보험계약
다. 장기보장성보험계약
2. 청약 후 법 제102조의4제1항에 따라 청약철회가 가능한 기간 이내에 설명할 것
3. 다음 각 목의 사항을 설명할 것
가. 보험계약의 청약 시 보험약관을 교부받고 보험계약의 중요 사항을 설명받아야 한다는 사실
나. 보험계약의 청약 시 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하여야 한다는 사실
다. 보험계약의 청약 시 청약서 부본을 교부받아야 한다는 사실

라. 가목부터 다목까지의 사항이 이행되지 않은 경우 청약일로부터 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
마. 저축성보험계약 또는 변액보험계약의 경우 납입보험료중 사업비 등이 차감된 일부 금액이 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 사실
바. 저축성보험계약(금리확정형보험은 제외한다)의 경우 다음 각 세목의 사항
1) 사업비 수준
2) 해약환급금
사. 변액보험계약의 경우 다음 각 세목의 사항
1) 투자에 따르는 위험
2) 예금자보호 대상이 되지 않는다는 사실
아. 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 보험료가 인상될 수 있다는 사실
자.「상법」제662조에 따른 보험금청구권 등의 소멸시효에 관한 사항
차. 외화보험의 경우 다음 각 세목의 사항
1) 환율변동에 따라 보험료 및 보험금이 변동될 수 있다는 사실
2) 해약환급금
카. 그 밖에 가목부터 차목까지에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항
4. 그 밖에 다음 각 목을 준수할 것
가. 설명하기 전에 보험계약자 본인인지 여부를 확인할 것
나. 보험계약 중요사항의 설명 확인 항목에 대한 충분한 이해시간을 확보할 것
다. 기타 감독원장이 정하는 방법을 사용하여 설명하는 등 감독원장이 정하는 사항을 준수할 것

⑨ 영 제42조의2제3항제2호다목의 "조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 해당 보험사고 및 보험금 청구가 법 제185조 및 영 제96조의2에 따른 손해사정 대상인지 여부
2. 제1호에 따른 손해사정 대상인 경우 보험계약자 등은 법 제185조 단서 및 제9-16조제2항에 따라 따로 손해사정사를 선임할 수 있다는 사실 및 제9-16조제3항에 따른 손해사정 비용 부담에 관한 사항
3. 보험계약자 등이 따로 손해사정사를 선임하지 않은 경우 보험회사에 소속된 손해사정사 또는 보험회사와 위탁계약이 체결된 손해사정업자가 손해사정을 하게 된다는 사실

⑩ 영 제42조의2제3항제2호라목의 "그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 보험금 지급심사 현황 결과 문의 및 조회 방법
2. 보험약관에 따른 보험금 지급기한 및 보험금 지급지연시 지연이자 가산 등 보험회사의 조치사항
3. 그 밖에 제1호 및 제2호에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항

⑪ 영 제42조의2제3항제3호 마목의 "그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 보험회사가 손해사정 또는 보험금 심사에 참고하기 위하여 의료자문을 의뢰하는 경우, 의뢰 사유, 의뢰 내용 및 자문을 의뢰할 때 제공하는 자료의 내역
2. 보험회사가 보험금을 감액 또는 부지급하는 경우, 제1호에 따른 의료자문을 의뢰하였다면 자문을 의뢰한 기관과 자문 의견
3. 그 밖에 제1호 및 제2호에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항

제4-36조 제3항(통신판매시 준수사항)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 "전자적 상품설명장치"라 한다)를 활용할 수 있다.
1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것

제7-49조(사업방법서 관련 신고기준)

영 별표 6 제3호에 따라 보험회사는 사업방법서를 작성하거나 변경하려는 경우 그 내용이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 미리 금융위에 신고하여야 한다.
1. 감독원장이 정하는 표준사업방법서를 준용하지 않는 경우. 다만, 경미한 사항을 수정하거나 보험상품의 특성상 표준사업방법서를 준용할 수 없는 경우로서 보험계약자의 권익을 축소하지 아니하는 사항을 수정하여 사용하는 경우는 제외한다.
2. 단체 또는 단체의 대표자가 가입하는 보험으로 다음 각 목의 요건을 충족하지 못하는 경우. 다만, 개인보험과 동일한 보험요율을 적용하는 단체보험은 제외한다.
가. 대상 단체
1) 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따를 것

2) 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회등 동업자단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
3) 그 밖에 단체의 구성원이 명확하여 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체

나. 가목의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5인 이상의 주피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 주피보험자의 배우자, 자녀, 부모, 배우자의 부모 등을 종피보험자로 하는 경우

다. 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 모두 충족할 것
1) 단체의 내규에 의한 복지제도로서 노사합의에 의할 것. 이 경우 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 한다.
2) 가목 (2)와 (3)에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결할 것

라. 개별 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 때에는 그 부담비율 만큼 보험계약자의 권리를 행사할 수 있을 것

마. 단체 구성원의 입사, 퇴직 등의 사유로 피보험자의 변동이 있을 경우 보험계약자는 피보험자의 동의를 얻어 피보험자를 추가 또는 변경할 수 있으며, 보험료의 일부를 부담한 피보험자의 경우 개별계약으로 전환할 수 있어야 하며, 개별 피보험자의 위험에 부합하게 보험료를 정산 또는 조정할 수 있을 것

제9-16조(보험계약자 등의 손해사정사 선임)

① 법 제185조에서 정한 "보험계약자 등"이라 함은 보험계약자·피보험자·보험수익자·피해자· 그 밖에 보험사고와 관련된 이해관계자를 말한다.

② 보험계약자등이 손해사정사를 선임하고자 할 때는 다음 각 호의 1의 경우에 의한다.
1. 손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때
2. 정당한 사유없이 보험회사가 보험사고 통보(제3보험상품의 경우 접수가 완료된 날을 말한다)를 받은 날부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때.
3. 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아니한 때.
4. 보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때.

③ 제2항의 규정에 의하여 선임된 손해사정사의 보수는 제2항제1호 및 제2호의 경우에는 보험회사가, 제2항제3호 및 제4호의 경우에는 보험계약자 등이 부담함을 원칙으로 한다.

④ 보험계약자 등은 손해사정사를 선임하였을 때에는 지체없이 이를 보험회사에게 통보하여야 하며, 이 경우 선임된 손해사정사는 보험계약자 등을 대리하여 통보할 수 있다.

⑤ 보험회사가 손해사정사를 선임한 보험계약에 대해 재보험계약을 체결하는 경우 재보험을 받은 보험회사는 법 제185조에 따른 손해사정사 또는 손해사정을 업으로 하는 자를 선임하여 그 업무를 위탁한 것으로 본다.

⑥ 협회는 제2항제1호에 따른 동의와 관련하여 보험회사가 공통으로 사용할 수 있는 표준동의기준을 마련할 수 있다.

○ 보험업법

제95조의2(설명의무 등)

① 삭제

② 삭제

③ 보험회사는 보험계약의 체결 시부터 보험금 지급 시까지의 주요 과정을 대통령령으로 정하는 바에 따라 일반보험계약자에게 설명하여야 한다. 다만, 일반보험계약자가 설명을 거부하는 경우에는 그러하지 아니하다.

④ 보험회사는 일반보험계약자가 보험금 지급을 요청한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 보험금의 지급절차 및 지급내역 등을 설명하여야 하며, 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유를 설명하여야 한다.

제108조(특별계정의 설정·운용)

① 보험회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 준비금에 상당하는 자산의 전부 또는 일부를 그 밖의 자산과 구별하여 이용하기 위한 계정(이하 "특별계정"이라 한다)을 각각 설정하여 운용할 수 있다.
1.「소득세법」제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에 따른 연금저축계좌를 설정하는 계약
2.「근로자퇴직급여 보장법」제29조제2항에 따른 보험계약 및 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법률 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험계약
3. 변액보험계약(보험금이 자산운용의 성과에 따라 변동하는 보험계약을 말한다)
4. 그 밖에 금융위원회가 필요하다고 인정하는 보험계약

② 보험회사는 특별계정에 속하는 자산은 다른 특별계정에 속하는 자산 및 그 밖의 자산과 구분하여 회계처리하여야 한다.

③ 보험회사는 특별계정에 속하는 이익을 그 계정상의 보험계약자에게 분배할 수 있다.

④ 특별계정에 속하는 자산의 운용방법 및 평가, 이익의 분배, 자산운용실적의 비교·공시, 운용전문인력의 확보, 의결권 행사의 제한 등 보험계약자 보호에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제185조(손해사정)

대통령령으로 정하는 보험회사는 손해사정사를 고용하여 보험사고에 따른 손해액 및 보험금의 사정(이하 "손해사정"이라 한다)에 관한 업무를 담당하게 하거나 손해사정사 또는 손해사정을 업으로 하는 자(이하 "손해사정업자"라 한다)를 선임하여 그 업무를 위탁하여야 한다. 다만, 보험사고가 외국에서 발생하거나 보험계약자 등이 금융위원회가 정하는 기준에 따라 손해사정사를 따로 선임한 경우에는 그러하지 아니하다.

○ **보험업법 시행령**

제42조의2(설명의무의 중요 사항 등)

① 삭제

② 삭제

③ 보험회사는 법 제95조의2제3항 본문 및 제4항에 따라 다음 각 호의 단계에서 중요 사항을 항목별로 일반보험계약자에게 설명하여야 한다. 다만, 제1호에 따른 보험계약 체결 단계(마목에 따른 보험계약 승낙 거절 시 거절사유로 한정한다), 제2호에 따른 보험금 청구 단계 또는 제3호에 따른 보험금 심사·지급 단계의 경우 일반보험계약자가 계약 체결 전에 또는 보험금 청구권자가 보험금 청구 단계에서 동의한 경우에 한정하여 서면, 문자메시지, 전자우편 또는 팩스 등으로 중요 사항을 통보하는 것으로 이를 대신할 수 있다.

1. 보험계약 체결 단계
   가. 보험의 모집에 종사하는 자의 성명, 연락처 및 소속
   나. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리할 수 있는지 여부
   다. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험료나 고지의무사항을 보험회사를 대신하여 수령할 수 있는지 여부
   라. 보험계약의 승낙절차
   마. 보험계약 승낙거절 시 거절 사유
   바. 「상법」 제638조의3제2항에 따라 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
   사. 그 밖에 일반보험계약자가 보험계약 체결 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
2. 보험금 청구 단계
   가. 담당 부서, 연락처 및 보험금 청구에 필요한 서류
   나. 보험금 심사 절차, 예상 심사기간 및 예상 지급일
   다. 일반보험계약자가 보험사고 조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
   라. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
3. 보험금 심사·지급 단계
   가. 보험금 지급일 등 지급절차
   나. 보험금 지급 내역
   다. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
   라. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유
   마. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

④ 삭제

⑤ 제3항과 관련하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

○ **산업재해보상보험법**

제5조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "업무상의 재해"란 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말한다.
2. "근로자"·"임금"·"평균임금"·"통상임금"이란 각각 「근로기준법」에 따른 "근로자"·"임금"·"평균임금"·"통상임금"을 말한다. 다만, 「근로기준법」에 따라 "임금" 또는 "평균임금"을 결정하기 어렵다고 인정되면 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금액을 해당 "임금" 또는 "평균임금"으로 한다.
3. "유족"이란 사망한 사람의 배우자(사실상 혼인 관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)·자녀·부모·손자녀·조부모 또는 형제자매를 말한다.
4. "치유"란 부상 또는 질병이 완치되거나 치료의 효과를 더 이상 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에 이르게 된 것을 말한다.
5. "장해"란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태를 말한다.
6. "중증요양상태"란 업무상의 부상 또는 질병에 따른 정신적 또는 육체적 훼손으로 노동능력이 상실되거나 감소된 상태로서 그 부상 또는 질병이 치유되지 아니한 상태를 말한다.
7. "진폐"(塵肺)란 분진을 흡입하여 폐에 생기는 섬유증식성(纖維增殖性) 변화를 주된 증상으로 하는 질병을 말한다.
8. "출퇴근"이란 취업과 관련하여 주거와 취업장소 사이의 이동 또는 한 취업장소에서 다른 취업장소로의 이동을 말한다.

제37조(업무상의 재해의 인정 기준)

① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 부상·질병 또는 장해가 발생하거나 사망하면 업무상의 재해로 본다. 다만, 업무와 재해 사이에 상당인과관계(相當因果關係)가 없는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 업무상 사고
   가. 근로자가 근로계약에 따른 업무나 그에 따르는 행위를 하던 중 발생한 사고
   나. 사업주가 제공한 시설물 등을 이용하던 중 그 시설물 등의 결함이나 관리소홀로 발생한 사고

다. 삭제
라. 사업주가 주관하거나 사업주의 지시에 따라 참여한 행사나 행사준비 중에 발생한 사고
마. 휴게시간 중 사업주의 지배관리하에 있다고 볼 수 있는 행위로 발생한 사고
바. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 사고
2. 업무상 질병
가. 업무수행 과정에서 물리적 인자(因子), 화학물질, 분진, 병원체, 신체에 부담을 주는 업무 등 근로자의 건강에 장해를 일으킬 수 있는 요인을 취급하거나 그에 노출되어 발생한 질병
나. 업무상 부상이 원인이 되어 발생한 질병
다.「근로기준법」 제76조의2에 따른 직장 내 괴롭힘, 고객의 폭언 등으로 인한 업무상 정신적 스트레스가 원인이 되어 발생한 질병
라. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 질병
3. 출퇴근 재해
가. 사업주가 제공한 교통수단이나 그에 준하는 교통수단을 이용하는 등 사업주의 지배관리하에서 출퇴근하는 중 발생한 사고
나. 그 밖에 통상적인 경로와 방법으로 출퇴근하는 중 발생한 사고

② 근로자의 고의·자해행위나 범죄행위 또는 그것이 원인이 되어 발생한 부상·질병·장해 또는 사망은 업무상의 재해로 보지 아니한다. 다만, 그 부상·질병·장해 또는 사망이 정상적인 인식능력 등이 뚜렷하게 낮아진 상태에서 한 행위로 발생한 경우로서 대통령령으로 정하는 사유가 있으면 업무상의 재해로 본다.

③ 제1항제3호나목의 사고 중에서 출퇴근 경로 일탈 또는 중단이 있는 경우에는 해당 일탈 또는 중단 중의 사고 및 그 후의 이동 중의 사고에 대하여는 출퇴근 재해로 보지 아니한다. 다만, 일탈 또는 중단이 일상생활에 필요한 행위로서 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 출퇴근 재해로 본다.

④ 출퇴근 경로와 방법이 일정하지 아니한 직종으로 대통령령으로 정하는 경우에는 제1항제3호나목에 따른 출퇴근 재해를 적용하지 아니한다.

⑤ 업무상의 재해의 구체적인 인정 기준은 대통령령으로 정한다.

○ 산업재해보상보험법 시행령

제27조(업무수행 중의 사고)

① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하던 중에 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호가목에 따른 업무상 사고로 본다.
1. 근로계약에 따른 업무수행 행위
2. 업무수행 과정에서 하는 용변 등 생리적 필요 행위
3. 업무를 준비하거나 마무리하는 행위, 그 밖에 업무에 따르는 필요적 부수행위
4. 천재지변·화재 등 사업장 내에 발생한 돌발적인 사고에 따른 긴급피난·구조행위 등 사회통념상 예견되는 행위

② 근로자가 사업주의 지시를 받아 사업장 밖에서 업무를 수행하던 중에 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호가목에 따른 업무상 사고로 본다. 다만, 사업주의 구체적인 지시를 위반한 행위, 근로자의 사적(私的) 행위 또는 정상적인 출장 경로를 벗어났을 때 발생한 사고는 업무상 사고로 보지 않는다.

③ 업무의 성질상 업무수행 장소가 정해져 있지 않은 근로자가 최초로 업무수행 장소에 도착하여 업무를 시작한 때부터 최후로 업무를 완수한 후 퇴근하기 전까지 업무와 관련하여 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호가목에 따른 업무상 사고로 본다.

제28조(시설물 등의 결함 등에 따른 사고)

① 사업주가 제공한 시설물, 장비 또는 차량 등(이하 이 조에서 "시설물등"이라 한다)의 결함이나 사업주의 관리 소홀로 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호나목에 따른 업무상 사고로 본다.

② 사업주가 제공한 시설물등을 사업주의 구체적인 지시를 위반하여 이용한 행위로 발생한 사고와 그 시설물등의 관리 또는 이용권이 근로자의 전속적 권한에 속하는 경우에 그 관리 또는 이용 중에 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호나목에 따른 업무상 사고로 보지 않는다.

제30조(행사 중의 사고)

운동경기·야유회·등산대회 등 각종 행사(이하 "행사"라 한다)에 근로자가 참가하는 것이 사회통념상 노무관리 또는 사업운영상 필요하다고 인정되는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 근로자가 그 행사에 참가(행사 참가를 위한 준비·연습을 포함한다)하여 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호라목에 따른 업무상 사고로 본다.
1. 사업주가 행사에 참가한 근로자에 대하여 행사에 참가한 시간을 근무한 시간으로 인정하는 경우
2. 사업주가 그 근로자에게 행사에 참가하도록 지시한 경우
3. 사전에 사업주의 승인을 받아 행사에 참가한 경우
4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 규정에 준하는 경우로서 사업주가 그 근로자의 행사 참가를 통상적·관례적으로 인정한 경우

제31조(특수한 장소에서의 사고)

사회통념상 근로자가 사업장 내에서 할 수 있다고 인정되는 행위를 하던 중 태풍·홍수·지진·눈사태 등의 천재지변이나 돌발적인 사태로 발생한 사고는 근로자의 사적 행위, 업무 이탈 등 업무와 관계없는 행위를 하던 중에 사고가 발생한 것이 명백한 경우를

제외하고는 법 제37조제1항제1호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

제32조(요양 중의 사고)
업무상 부상 또는 질병으로 요양을 하고 있는 근로자에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사고가 발생하면 법 제37조제1항제1호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

1. 요양급여와 관련하여 발생한 의료사고
2. 요양 중인 산재보험 의료기관(산재보험 의료기관이 아닌 의료기관에서 응급진료 등을 받는 경우에는 그 의료기관을 말한다. 이하 이 조에서 같다) 내에서 업무상 부상 또는 질병의 요양과 관련하여 발생한 사고
3. 업무상 부상 또는 질병의 치료를 위하여 거주지 또는 근무지에서 요양 중인 산재보험 의료기관으로 통원하는 과정에서 발생한 사고

제33조(제3자의 행위에 따른 사고)
제3자의 행위로 근로자에게 사고가 발생한 경우에 그 근로자가 담당한 업무가 사회통념상 제3자의 가해행위를 유발할 수 있는 성질의 업무라고 인정되면 그 사고는 법 제37조제1항제1호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

제34조(업무상 질병의 인정기준)
① 근로자가 「근로기준법 시행령」제44조제1항 및 같은 법 시행령 별표 5의 업무상 질병의 범위에 속하는 질병에 걸린 경우(임신 중인 근로자가 유산·사산 또는 조산한 경우를 포함한다. 이하 이 조에서 같다) 다음 각 호의 요건 모두에 해당하면 법 제37조제1항제2호가목에 따른 업무상 질병으로 본다.

1. 근로자가 업무수행 과정에서 유해·위험요인을 취급하거나 유해·위험요인에 노출된 경력이 있을 것
2. 유해·위험요인을 취급하거나 유해·위험요인에 노출되는 업무시간, 그 업무에 종사한 기간 및 업무 환경 등에 비추어 볼 때 근로자의 질병을 유발할 수 있다고 인정될 것
3. 근로자가 유해·위험요인에 노출되거나 유해·위험요인을 취급한 것이 원인이 되어 그 질병이 발생하였다고 의학적으로 인정될 것

② 업무상 부상을 입은 근로자에게 발생한 질병이 다음 각 호의 요건 모두에 해당하면 법 제37조제1항제2호나목에 따른 업무상 질병으로 본다.

1. 업무상 부상과 질병 사이의 인과관계가 의학적으로 인정될 것
2. 기초질환 또는 기존 질병이 자연발생적으로 나타난 증상이 아닐 것

③ 제1항 및 제2항에 따른 업무상 질병(진폐증은 제외한다)에 대한 구체적인 인정 기준은 별표 3과 같다.
④ 공단은 근로자의 업무상 질병 또는 업무상 질병에 따른 사망의 인정 여부를 판정할 때에는 그 근로자의 성별, 연령, 건강 정도 및 체질 등을 고려하여야 한다.

제35조(출퇴근 중의 사고)
① 근로자가 출퇴근하던 중에 발생한 사고가 다음 각 호의 요건에 모두 해당하면 법 제37조제1항제3호가목에 따른 출퇴근 재해로 본다.

1. 사업주가 출퇴근용으로 제공한 교통수단이나 사업주가 제공한 것으로 볼 수 있는 교통수단을 이용하던 중에 사고가 발생하였을 것
2. 출퇴근용으로 이용한 교통수단의 관리 또는 이용권이 근로자측의 전속적 권한에 속하지 아니하였을 것

② 법 제37조제3항 단서에서 "일상생활에 필요한 행위로서 대통령령으로 정하는 사유"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

1. 일상생활에 필요한 용품을 구입하는 행위
2. 「고등교육법」 제2조에 따른 학교 또는 「직업교육훈련 촉진법」 제2조에 따른 직업교육훈련기관에서 직업능력 개발향상에 기여할 수 있는 교육이나 훈련 등을 받는 행위
3. 선거권이나 국민투표권의 행사
4. 근로자가 사실상 보호하고 있는 아동 또는 장애인을 보육기관 또는 교육기관에 데려주거나 해당 기관으로부터 데려오는 행위
5. 의료기관 또는 보건소에서 질병의 치료나 예방을 목적으로 진료를 받는 행위
6. 근로자의 돌봄이 필요한 가족 중 의료기관 등에서 요양 중인 가족을 돌보는 행위
7. 제1호부터 제6호까지의 규정에 준하는 행위로서 고용노동부장관이 일상생활에 필요한 행위라고 인정하는 행위

제35조의2(출퇴근 재해 적용 제외 직종 등)
법 제37조제4항에서 "출퇴근 경로와 방법이 일정하지 아니한 직종으로 대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 직종에 종사하는 사람(법 제124조에 따라 자기 또는 유족을 보험급여를 받을 수 있는 자로 하여 보험에 가입한 사람으로서 근로자를 사용하지 않는 사람을 말한다)이 본인의 주거지에 업무에 사용하는 자동차 등의 차고지를 보유하고 있는 경우를 말한다.

1. 「여객자동차 운수사업법」 제3조제1항제3호에 따른 수요응답형 여객자동차운송사업
2. 「여객자동차 운수사업법 시행령」 제3조제2호라목에 따른 개인택시운송사업
3. 퀵서비스업[소화물의 집화(集貨)·수송 과정 없이 그 배송만을 업무로 하는 사업을 말한다. 이하 같다]

제36조(자해행위에 따른 업무상의 재해의 인정 기준)
법 제37조제2항 단서에서 "대통령령으로 정하는 사유"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

1. 업무상의 사유로 발생한 정신질환으로 치료를 받았거나 받고 있는 사람이 정신적 이상 상태에서 자해행위를 한 경우
2. 업무상의 재해로 요양 중인 사람이 그 업무상의 재해로 인한 정신적 이상 상태에서 자해행위를 한 경우
3. 그 밖에 업무상의 사유로 인한 정신적 이상 상태에서 자해행위를 하였다는 상당인과관계가 인정되는 경우

제37조(사망의 추정)

① 법 제39조제1항에 따라 사망으로 추정하는 경우는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우로 한다.
1. 선박이 침몰·전복·멸실 또는 행방불명되거나 항공기가 추락·멸실 또는 행방불명되는 사고가 발생한 경우에 그 선박 또는 항공기에 타고 있던 근로자의 생사가 그 사고 발생일부터 3개월간 밝혀지지 아니한 경우
2. 항행 중인 선박 또는 항공기에 타고 있던 근로자가 행방불명되어 그 생사가 행방불명된 날부터 3개월간 밝혀지지 아니한 경우
3. 천재지변, 화재, 구조물 등의 붕괴, 그 밖의 각종 사고의 현장에 있던 근로자의 생사가 사고 발생일부터 3개월간 밝혀지지 아니한 경우

② 제1항에 따라 사망으로 추정되는 사람은 그 사고가 발생한 날 또는 행방불명된 날에 사망한 것으로 추정한다.

③ 제1항 각 호의 사유로 생사가 밝혀지지 아니하였던 사람이 사고가 발생한 날 또는 행방불명된 날부터 3개월 이내에 사망한 것이 확인되었으나 그 사망 시기가 밝혀지지 아니한 경우에도 제2항에 따른 날에 사망한 것으로 추정한다.

④ 보험가입자는 제1항 각 호의 사유가 발생한 때 또는 사망이 확인된 때(제3항에 따라 사망한 것으로 추정하는 때를 포함한다)에는 지체 없이 공단에 근로자 실종 또는 사망확인의 신고를 하여야 한다.

⑤ 법 제39조제1항에 따라 보험급여를 지급한 후에 그 근로자의 생존이 확인되면 보험급여를 받은 사람과 보험가입자는 그 근로자의 생존이 확인된 날부터 15일 이내에 공단에 근로자 생존확인신고를 하여야 한다.

⑥ 공단은 근로자의 생존이 확인된 경우에 보험급여를 받은 사람에게 법 제39조제2항에 따른 금액을 낼 것을 알려야 한다.

⑦ 제6항에 따른 통지를 받은 사람은 그 통지를 받은 날부터 30일 이내에 통지받은 금액을 공단에 내야 한다.

○ 산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

○ 상법

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년 내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

○ 상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

○ **소득세법**

제1조의2(정의)

① 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "거주자"란 국내에 주소를 두거나 183일 이상의 거소(居所)를 둔 개인을 말한다.

(이하 생략)

제20조의3(연금소득)

① 연금소득은 해당 과세기간에 발생한 다음 각 호의 소득으로 한다.

1. 공적연금 관련법에 따라 받는 각종 연금(이하 "공적연금소득"이라 한다)
2. 다음 각 목에 해당하는 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금계좌["연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다) 또는 퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)를 말한다. 이하 같다]에서 대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 경우의 그 연금
   가. 제146조제2항에 따라 원천징수되지 아니한 퇴직소득
   나. 제59조의3에 따라 세액공제를 받은 연금계좌 납입액
   다. 연금계좌의 운용실적에 따라 증가된 금액
   라. 그 밖에 연금계좌에 이체 또는 입금되어 해당 금액에 대한 소득세가 이연(移延)된 소득으로서 대통령령으로 정하는 소득
3. 제2호에 따른 소득과 유사하고 연금 형태로 받는 것으로서 대통령령으로 정하는 소득

② 공적연금소득은 2002년 1월 1일 이후에 납입된 연금 기여금 및 사용자 부담금(국가 또는 지방자치단체의 부담금을 포함한다. 이하 같다)을 기초로 하거나 2002년 1월 1일 이후 근로의 제공을 기초로 하여 받는 연금소득으로 한다.

③ 연금소득금액은 제1항 각 호에 따른 소득의 금액의 합계액(제2항에 따라 연금소득에서 제외되는 소득과 비과세소득의 금액은 제외하며, 이하 "총연금액"이라 한다)에서 제47조의2에 따른 연금소득공제를 적용한 금액으로 한다.

④ 연금소득의 범위 및 계산방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제59조의4(특별세액공제)

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

(이하 생략)

○ **소득세법 시행령**

제40조의2(연금계좌 등)

① 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 ""연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제1호에 해당하는 계좌를 말하고, "퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제2호에 해당하는 계좌를 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사 등과 체결한 계약에 따라 "연금저축"이라는 명칭으로 설정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다)
   가.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」제12조에 따라 인가를 받은 신탁업자와 체결하는 신탁계약
   나.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」제12조에 따라 인가를 받은 투자중개업자와 체결하는 집합투자증권 중개계약
   다. 제25조제2항에 따른 보험계약을 취급하는 기관과 체결하는 보험계약
2. 퇴직연금을 지급받기 위하여 가입하여 설정하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)
   가.「근로자퇴직급여 보장법」제2조제9호의 확정기여형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌
   나.「근로자퇴직급여 보장법」제2조제10호의 개인형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌
   다.「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 중소기업퇴직연금기금제도에 따라 설정하는 계좌
   라.「과학기술인공제회법」제16조제1항에 따른 퇴직연금급여를 지급받기 위하여 설정하는 계좌

② 연금계좌의 가입자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우 법 제59조의3제1항에 따른 연금계좌 납입액(제118조의3에 따라 연금계좌에 납입한 것으로 보는 금액을 포함하며, 이하 "연금보험료"라 한다)으로 볼 수 있다.

1. 다음 각 목의 금액을 합한 금액 이내(연금계좌가 2개 이상인 경우에는 그 합계액을 말한다)의 금액을 납입할 것. 이 경우 해당 과세기간 이전의 연금보험료는 납입할 수 없으나, 보험계약의 경우에는 최종납입일이 속하는 달의 말일부터 3년 2개월이 경과하기 전에는 그 동안의 연금보험료를 납입할 수 있다.
   가. 연간 1천800만원

나. 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액[「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌(이하 "개인종합자산관리계좌"라 한다)의 계약기간 만료일 기준 잔액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다. 다만, 직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 개인종합자산관리계좌의 계약기간 만료일 기준 잔액에서 직전 과세기간에 납입한 금액을 차감한 금액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다]

다. 국내에 소유한 주택(이하 이 조에서 "연금주택"이라 한다)을 양도하고 이를 대체하여 다른 주택(이하 이 조에서 "축소주택"이라 한다)을 취득하거나 취득하지 않은 거주자로서 다음의 요건을 모두 충족하는 거주자가 연금주택 양도가액에서 축소주택 취득가액(취득하지 않은 경우에는 0으로 한다)을 뺀 금액(해당 금액이 0보다 작은 경우에는 0으로 하며, 이하 이 조에서 "주택차액"이라 한다) 중 연금계좌로 납입하는 금액. 이 경우 거주자가 연금계좌로 납입하는 주택차액의 총 누적 금액은 1억원을 한도로 한다.

1) 연금주택 양도일 현재 거주자 또는 그 배우자가 60세 이상일 것
2) 연금주택 양도일 현재 거주자 및 그 배우자가 국내에 소유한 주택을 합산했을 때 연금주택 1주택만 소유하고 있을 것. 다만, 연금주택을 양도하기 전에 축소주택을 취득한 경우로서 축소주택을 취득한 날부터 6개월 이내에 연금주택을 양도한 경우에는 연금주택 양도일 현재 연금주택 1주택만 소유하고 있는 것으로 본다.
3) 연금주택 양도일 현재 연금주택의 법 제99조에 따른 기준시가가 12억원 이하일 것
4) 축소주택의 취득가액이 연금주택의 양도가액 미만일 것(축소주택을 취득한 경우에만 해당한다)
5) 연금주택 양도일부터 6개월 이내에 주택차액을 연금주택 소유자의 연금계좌로 납입할 것

2. 연금수령 개시를 신청한 날(연금수령 개시일을 사전에 약정한 경우에는 약정에 따른 개시일을 말한다) 이후에는 연금보험료를 납입하지 않을 것

③ 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출"이란 연금계좌에서 다음 각 호의 요건을 모두 갖추어 인출하거나 제20조의2제1항에 따라 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 것을 말한다. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목의 퇴직소득을 제20조의2제1항제1호나목에 따른 해외이주에 해당하는 사유로 인출하는 경우에는 해당 퇴직소득을 연금계좌에 입금한 날부터 3년 이후 해외이주하는 경우에 한정하여 연금수령으로 본다.

1. 가입자가 55세 이후 연금계좌취급자에게 연금수령 개시를 신청한 후 인출할 것
2. 연금계좌의 가입일부터 5년이 경과된 후에 인출할 것. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목에 따른 금액(퇴직소득이 연금계좌에서 직접 인출되는 경우를 포함하며, 이하 "이연퇴직소득"이라 한다)이 연금계좌에 있는 경우에는 그러하지 아니한다.
3. 과세기간 개시일(연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 과세기간에는 연금수령 개시를 신청한 날로 한다) 현재 다음의 계산식에 따라 계산된 금액(이하 "연금수령한도"라 한다) 이내에서 인출할 것. 이 경우 제20조의2제1항에 따라 인출한 금액은 인출한 금액에 포함하지 아니한다.

$$\frac{\text{연금계좌의 평가액}}{(11 - \text{연금수령연차})} \times \frac{120}{100}$$

④ 제3항제3호의 계산식에서 "연금수령연차"란 최초로 연금수령할 수 있는 날이 속하는 과세기간을 기산연차로 하여 그 다음 과세기간을 누적 합산한 연차를 말하며, 연금수령연차가 11년 이상인 경우에는 그 계산식을 적용하지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 기산연차는 다음 각 호를 따른다.

1. 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌[2013년 3월 1일 전에 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제8호에 따른 확정급여형퇴직연금제도(이하 "확정급여형퇴직연금제도"라 한다)에 가입한 사람이 퇴직하여 퇴직소득 전액이 새로 설정된 연금계좌로 이체되는 경우를 포함한다]의 경우: 6년차
2. 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계한 경우: 사망일 당시 피상속인의 연금수령연차

⑤ 연금계좌에서 연금수령한도를 초과하여 인출하는 금액은 연금외 수령하는 것으로 본다.

⑥ 연금계좌 가입자가 연금수령개시 또는 연금계좌의 해지를 신청하는 경우 연금계좌취급자는 기획재정부령으로 정하는 연금수령개시 및 해지명세서를 다음 달 10일까지 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.

⑦ 거주자는 주택차액을 연금계좌에 납입하려는 경우 기획재정부령으로 정하는 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 연금계좌취급자에게 제출해야 한다.

1. 연금주택 매매계약서
2. 축소주택 매매계약서(축소주택을 매입한 경우만 해당한다)
3. 그 밖에 기획재정부령으로 정하는 서류

⑧ 거주자가 주택차액을 연금계좌에 납입한 후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하게 된 경우에는 그 납입일부터 연금계좌에 납입한 금액 전액을 연금보험료로 보지 않는다.

1. 주택차액을 연금계좌에 납입할 당시 제2항제1호다목의 요건을 충족하지 못한 사실이 확인된 경우
2. 주택차액을 연금계좌에 납입한 날부터 5년 이내에 주택을 새로 취득한 경우로서 연금주택의 양도가액에서 새로 취득한 주택의 취득가액을 뺀 금액이 연금계좌에 납입한 금액보다 작은 경우

⑨ 국세청장은 주택차액을 연금계좌에 납입한 거주자가 제8항 각 호에 해당하는지 여부를 확인한 후 그에 해당하는 사람이 있으면 그 사실을 매년 2월 말일까지 해당 연금계좌취급자에게 통보해야 하고, 연금계좌취급자는 이를 해당 거주자에게 통보해야 한다.

⑩ 연금계좌취급자는 제9항에 따른 통보를 받은 경우 제8항에 따라 연금보험료로 보지 않는 주택차액 연금계좌 납입금과 그 운용실적에 따라 증가된 금액을 거주자에게 반환해야 한다. 이 경우 거주자는 그 반환 금액을 연금외수령하는 것으로 본다.

⑪ 1주택을 둘 이상의 거주자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 지분비율만큼 각각 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목 및 제7항부터 제10항까지의 규정을 적용한다. 다만, 1주택을 거주자와 그 배우자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 함께 1주

택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목2)를 적용한다.

⑫ 제11항을 적용할 때 제2항제1호다목3)에 따른 기준시가는 주택의 소유 지분에도 불구하고 해당 주택 전체에 대한 기준시가를 말하며, 주택의 소유 지분을 양도하거나 취득하는 경우 같은 목 4)에 따른 양도가액 및 취득가액은 해당 주택 전체를 기준으로 한 가액으로서 기획재정부령으로 정하는 바에 따라 계산한 가액으로 한다.

제107조(장애인의 범위)

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. 삭제
4. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

(이하 생략)

제118조의4(보험료의 세액공제)

① 소득세법 제59조의4 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 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

○ 소득세법 시행규칙

제54조(장애아동의 범위 등)

① 소득세법 시행령 제107조 제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

② 소득세법 시행령 제107조 제2항 각 호 외의 부분 단서에서 "기획재정부령으로 정하는 서류"란 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 장애인에 대한 추가공제에 관한 서류로서 소득공제 명세를 일괄적으로 적어 국세청장이 발급하는 서류를 말한다.

제61조의3(공제대상보험료의 범위)

소득세법 시행령 제118조의4 제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

○ 신문 등의 진흥에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "신문"이란 정치·경제·사회·문화·산업·과학·종교·교육·체육 등 전체 분야 또는 특정 분야에 관한 보도·논평·여론 및 정보 등을 전파하기 위하여 같은 명칭으로 월 2회 이상 발행하는 간행물로서 다음 각 목의 것을 말한다.
   가. 일반일간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
   나. 특수일간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치를 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물

(이하 생략)

제9조(등록)

① 신문을 발행하거나 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 전자적으로 발행하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 주사무소 소재지를 관할하는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사 또는 특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 등록하여야 한다. 등록된 사항이 변경된 때에도 또한 같다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 발행 또는 관리하거나 법인이나 그 밖의 단체 또는 기관이 그 소속원에게 보급할 목적으로 발행하는 경우와 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1.~ 8. (생략)

9. 주된 보급대상 및 보급지역(신문에 한정한다)

(이하 생략)

○ **신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률**

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 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

(이하 생략)

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.

○ **약사법**

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.

(이하 생략)

○ **예금자보호법**

제31조(보험금 등의 지급)

① 공사는 부보금융회사에 보험사고가 발생한 경우에는 그 부보금융회사의 예금자등의 청구에 의하여 보험금을 지급하여야 한다. 다만, 제1종 보험사고에 대해서는 제34조에 따른 보험금의 지급결정이 있어야 한다.

② 공사는 제1종 보험사고의 경우에는 예금자등의 청구에 의하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 예금자등의 예금등 채권의 일부를 미리 지급할 수 있다.

③ 공사는 대통령령으로 정하는 바에 따라 제1항 또는 제2항에 따른 지급의 개시일, 기간, 방법, 그 밖에 필요한 사항을 공고하여야 한다.

④ 합병 또는 전환으로 신설되는 부보금융회사, 합병 후 존속하는 부보금융회사 또는 전환 후의 부보금융회사는 그 합병등기일 또는 변경등기일부터 1년까지는 제1항을 적용할 때에 합병 또는 전환으로 신설되는 부보금융회사, 합병 후 존속하는 부보금융회사 또는 전환 후의 부보금융회사와 합병 또는 전환으로 소멸하는 부보금융회사 또는 전환 전의 부보금융회사가 각각 독립된 부보금융회사로 존재하는 것으로 본다.

⑤ 제1종 보험사고가 발생한 후 제2종 보험사고가 발생한 경우 제1항을 적용할 때에는 제2종 보험사고를 독립된 보험사고로 보지

아니한다.

⑥ 공사는 제1항에 따른 보험금을 지급할 때 예금자등이 제21조의2제1항에 따른 부실관련자에 해당하거나 부실관련자와 대통령령으로 정하는 특수관계에 있는 경우에는 그 예금자등의 예금등 채권에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 제3항에 따른 보험금 지급개시일 등의 공고일(이하 "보험금지급공고일"이라 한다)부터 6개월의 범위에서 보험금의 지급을 보류할 수 있다.

⑦ 제1항에 따른 예금자등의 보험금청구권은 제3항에 따른 지급의 개시일부터 5년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

⑧ 공사가 보험금청구권의 행사를 촉구하기 위하여 예금자등에게 하는 안내·통지 등은 제7항 및「민법」제168조제3호에도 불구하고 시효중단의 효력이 없다.

⑨ 공사는 제1항에 따른 보험금을 지급할 때 보험사고가 발생한 부보금융회사가 예금자등에게 가지는 항변(抗辯)으로써 보험금청구권자에게 대항할 수 있다.

제32조(보험금의 계산 등)

① 제31조에 따라 공사가 각 예금자등에게 지급하는 보험금은 보험금지급공고일 현재 각 예금자등의 예금등 채권의 합계액에서 각 예금자등이 해당 부보금융회사에 대하여 지고 있는 채무(보증채무는 제외한다)의 합계액을 뺀 금액으로 한다. 다만, 대통령령으로 따로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

② 제1항에 따른 보험금은 1인당 국내총생산액, 보호되는 예금등의 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액을 한도로 한다.

③ 각 예금자등이 제31조제2항에 따라 미리 지급받은 금액[이하 "가지급금"(假支給金)이라 한다]이 있는 경우에 보험금은 제1항 및 제2항에 따른 금액에서 가지급금을 뺀 금액으로 한다.

④ 각 예금자등에 대하여 지급된 가지급금의 금액이 제1항 및 제2항에 따른 보험금을 초과할 때에는 각 예금자등은 그 초과하는 금액을 공사에 되돌려 주어야 한다.

○ 예금자보호법 시행령

제18조(보험금의 계산방법의 예외 등)

① 공사는 법 제32조제1항에 따라 보험금을 계산함에 있어 예금자등이 타인을 위하여 해당 부보금융회사에 대하여 담보로 제공하고 있는 예금등 채권(이하 이 조에서 "담보제공채권"이라 한다)이 있거나 보증채무를 지고 있는 경우에는 피담보채권이나 보증채무가 소멸할 때까지 담보제공채권 또는 보증채무에 상당하는 금액을 한도로 보험금의 지급을 보류할 수 있다.

② 공사는 제1항 또는 법 제31조제6항의 규정에 의하여 보험금의 지급을 보류하는 때에는 당해 보험금의 지급을 청구한 예금자등에 대하여 다음 각호의 사항을 기재한 서면을 교부하여야 한다.

1. 지급을 보류하는 보험금의 금액
2. 보험금의 지급보류사유
3. 보험금의 지급보류기간
4. 보험금의 지급보류사유가 소멸되거나 지급보류기간이 만료되어 예금자등이 보류된 보험금의 지급을 청구하는 경우의 그 절차 및 방법

③ 법 제32조제1항 단서에 따라 확정기여형퇴직연금제도, 개인형퇴직연금제도, 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법률 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험 또는 퇴직일시금신탁(이하 이 조에서 "확정기여형퇴직연금제도등"이라 한다)에 대하여 공사가 지급하는 보험금의 경우에는법 제31조제3항에 따른 보험금 지급공고일(이하 이 조에서 "보험금 지급공고일"이라 한다) 현재 해당 가입자(「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제11호에 따른 가입자를 말하며, 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법률 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험 또는 퇴직일시금신탁의 피보험자 또는 수익자를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 부보금융회사에 대하여 가지고 있는 예금등 채권(확정기여형퇴직연금제도 또는 개인형퇴직연금제도의 자산관리업무를 수행하는 퇴직연금사업자가 가입자를 위하여 가지고 있는 예금등 채권을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 합계액에서 해당 부보금융회사에 대하여 부담하고 있는 채무의 합계액을 공제하지 아니한다. 다만, 해당부보금융회사가 해당 가입자로부터「근로자퇴직급여 보장법」 제7조제2항에 따라 담보(확정기여형퇴직연금제도와 개인형퇴직연금제도의 경우만 해당한다)를 제공받거나 서면으로 동의를 받은 경우에는 그러하지 아니하다.

④ 투자매매업자·투자중개업자에 보험금 지급공고일이전에 예금자등에 의하여 증권이 매매되어 보험금 지급공고일 후에 대금이 결제되는 때에는 그 결제되는 대금을 포함하여 보험금을 계산하며 그 대금이 결제되는 때까지 보험금의 지급을 보류할 수 있다.

⑤ 법 제32조제1항의 규정에 의한 보험금을 계산함에 있어 예금등 채권의 금액은 예금등의 금액과 그 금액에 전국을 영업구역으로 하는 은행의 1년만기 정기예금의 평균이자율을 고려하여 위원회가 정하는 이자율을 곱한 금액을 합산한 금액을 그 한도로 한다. 다만, 보험회사에 대한 예금등 채권 중 보험금(보험기간이 종료되어 지급되는 보험금을 제외한다)의 경우에는 해당 보험금의 금액을 그 한도로 한다.

⑥ 공사는 법 제32조제1항에 따라 보험금을 계산할 때「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」제74조제5항에 따라 증권금융회사 또는 신탁업자가 그에게 예치되거나 신탁된 투자자예탁금을 예금자등에게 우선하여 지급하기로 한 경우에는 그 우선하여 지급하기로 한 투자자예탁금을 보험금에서 공제할 수 있다.

⑦ 법 제32조제2항에 따른 보험금의 지급한도는 1억원(이하 "보험금 지급한도"라 한다)으로 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 각 호에서 정한 바에 따라 보험금 지급한도를 적용한다.

1. 다음 각 목의 예금등 채권의 경우: 해당 목의 예금등 채권에 대하여 각각 보험금 지급한도를 적용
   가. 확정기여형퇴직연금제도등에 따른 예금등 채권. 이 경우 가입자별로 보험금 지급한도를 적용한다.
   나. 다음의 예금등 채권을 합산한 예금등 채권
      1)「소득세법 시행령」 제40조의2제1항제1호가목 및 다목에 따른 연금저축계좌의 예금등 채권

2) 법률 제11614호 조세특례제한법 일부개정법률 부칙 제40조에 따른 개인연금저축의 예금등 채권 중 신탁업자인 부보금융회사와 보험회사에 대한 예금등 채권
3) 법률 제11614호 조세특례제한법 일부개정법률 부칙 제41조에 따른 연금저축의 예금등 채권 중 신탁업자인 부보금융회사와 보험회사에 대한 예금등 채권

다. 보험회사에 대한 예금등 채권(가목 및 나목의 예금등 채권은 제외한다) 중 보험금(보험기간이 종료되어 지급되는 보험금은 제외한다)

라. 가목부터 다목까지에서 규정한 예금등 채권을 제외한 예금등 채권

2. 개인종합자산관리계좌의 예금등 채권의 경우: 개인종합자산관리계좌의 예금등 채권과 제1호라목의 예금등 채권을 합산하여 보험금 지급한도를 적용. 이 경우 계좌보유자별로 보험금 지급한도를 적용한다.

○ 응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란「의료법」제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

○ 응급의료에 관한 법률 시행규칙

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표 1]

응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 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·급성췌장염 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 중상, 다발성 외상

마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈

바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실

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. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

○ 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.

제10조(급여비용의 부담)
급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제25조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다.

○ 의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)
① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.
   1. 삭제
   2. 삭제
② 삭제
③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.
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.
⑤ 제4항의 규정에 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 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.
   1. 1종수급권자 : 2만원
   2. 2종수급권자 : 20만원
⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
   1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
   2. 2종수급권자 : 연간 80만원. 다만,「의료법」제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.
⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

○ **의료법**

제2조(의료인)

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
   가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
   나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
   다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
   라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정

하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)
① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)
① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제36조(준수사항)
제33조제2항 및 제8항에 따라 의료기관을 개설하는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.
1. 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격에 관한 사항
2. 의료기관의 안전관리시설 기준에 관한 사항
3. 의료기관 및 요양병원의 운영 기준에 관한 사항
4. 고가의료장비의 설치·운영 기준에 관한 사항
5. 의료기관의 종류에 따른 의료인 등의 정원 기준에 관한 사항
6. 급식관리 기준에 관한 사항
7. 의료기관의 위생 관리에 관한 사항
8. 의료기관의 의약품 및 일회용 주사 의료용품의 사용에 관한 사항
9. 의료기관의 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조제4항에 따른 감염병환자등의 진료 기준에 관한 사항
10. 의료기관 내 수술실, 분만실, 중환자실 등 감염관리가 필요한 시설의 출입 기준에 관한 사항
11. 의료인 및 환자 안전을 위한 보안장비 설치 및 보안인력 배치 등에 관한 사항
12. 의료기관의 신체보호대 사용에 관한 사항
13. 의료기관의 의료관련감염 예방에 관한 사항
14. 종합병원과 요양병원의 임종실 설치에 관한 사항

제54조(신의료기술평가위원회 설치 등)
① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자

3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

○ 의료법 시행규칙

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)
의료법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다.

[별표 3] 의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)
중환자실 : 병상이 300개 이상인 종합병원만 해당한다.

[별표 4]
의료기관의 시설규격(제34조 관련)

2. 중환자실
   가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
   나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
   다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
   라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
   마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
   바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
   사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전 문의를 두어야 한다.
   아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
   자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
   차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
   카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

○ 자동차관리법

제3조(자동차의 종류)
① 자동차는 다음 각 호와 같이 구분한다.
   1. ~ 4. (생략)
   5. 이륜자동차: 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차

② 제1항에 따른 구분의 세부기준은 자동차의 크기·구조, 원동기의 종류, 총배기량 또는 정격출력 등에 따라 국토교통부령으로 정한다.
③ 제1항에 따른 자동차의 종류는 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.

○ 자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)
법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[별표 1]

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합 자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 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 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜 자동차	배기량이 50시시 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

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

※ 비고
1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
 가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
  1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
  2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
  3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
 나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
  1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
  2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
  3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
 가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
 나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
 다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

○ 자동차손해배상 보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)
「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.
 1. 덤프트럭
 2. 타이어식 기중기
 3. 콘크리트믹서트럭
 4. 트럭적재식 콘크리트펌프
 5. 트럭적재식 아스팔트살포기
 6. 타이어식 굴착기
 7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
  가. 트럭지게차
  나. 도로보수트럭
  다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

○ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률

제88조(자산운용보고서의 교부)
① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3개월마다 1회 이상 해당 집합투자기구의 투자자에게 교부하여야 한다. 다만, 투자자가 수시로 변동되는 등 투자자의 이익을 해할 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 자산운용보고서를 투자자에게 교부하지 아니할 수 있다.
② 집합투자업자는 제1항에 따른 자산운용보고서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.
 1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날(이하 이 조에서 "기준일"이라 한다) 현재의 해당 집합투자기구의 자산·부채 및 집합투자증권의 기준가격
  가. 회계기간의 개시일부터 3개월이 종료되는 날
  나. 회계기간의 말일
  다. 계약기간의 종료일 또는 존속기간의 만료일
  라. 해지일 또는 해산일
 2. 직전의 기준일(직전의 기준일이 없는 경우에는 해당 집합투자기구의 최초 설정일 또는 성립일을 말한다)부터 해당 기준일까지의 기간(이하 이 조에서 "해당 운용기간"이라 한다) 중 운용경과의 개요 및 해당 운용기간 중의 손익 사항

3. 기준일 현재 집합투자재산에 속하는 자산의 종류별 평가액과 집합투자재산 총액에 대한 각각의 비율
4. 해당 운용기간 중 매매한 주식의 총수, 매매금액 및 대통령령으로 정하는 매매회전율
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 제1항에 따른 자산운용보고서의 교부시기 및 방법, 비용부담 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제188조(신탁계약의 체결 등)

① 투자신탁을 설정하고자 하는 집합투자업자는 다음 각 호의 사항이 기재된 신탁계약서에 의하여 신탁업자와 신탁계약을 체결하여야 한다.
1. 집합투자업자 및 신탁업자의 상호
2. 신탁원본의 가액 및 제189조제1항 및 제3항에 따라 발행하는 투자신탁의 수익권(이하 "수익증권"이라 한다)의 총좌수에 관한 사항
3. 투자신탁재산의 운용 및 관리에 관한 사항
4. 이익분배 및 환매에 관한 사항
5. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 계산방법과 지급시기·방법에 관한 사항. 다만, 집합투자업자가 기준가격 산정업무를 위탁하는 경우에는 그 수수료는 해당 투자신탁재산에서 부담한다는 내용을 포함하여야 한다.
6. 수익자총회에 관한 사항
7. 공시 및 보고서에 관한 사항
8. 그 밖에 수익자 보호를 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

② 투자신탁을 설정한 집합투자업자는 신탁계약을 변경하고자 하는 경우에는 신탁업자와 변경계약을 체결하여야 한다. 이 경우 신탁계약 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 변경하는 경우에는 미리 제190조제5항 본문에 따른 수익자총회의 결의를 거쳐야 한다. <개정 2013. 5. 28.>
1. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 인상
2. 신탁업자의 변경(합병·분할·분할합병, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 변경되는 경우를 제외한다)
3. 신탁계약기간의 변경(투자신탁을 설정할 당시에 그 기간변경이 신탁계약서에 명시되어 있는 경우는 제외한다)
4. 그 밖에 수익자의 이익과 관련된 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

③ 투자신탁을 설정한 집합투자업자는 제2항에 따라 신탁계약을 변경한 경우에는 인터넷 홈페이지 등을 이용하여 공시하여야 하며, 제2항 후단에 따라 신탁계약을 변경한 경우에는 공시 외에 이를 수익자에게 통지하여야 한다.

④ 집합투자업자는 제1항에 따라 투자신탁을 설정하는 경우(그 투자신탁을 추가로 설정하는 경우를 포함한다) 신탁업자에게 해당 신탁계약에서 정한 신탁원본 전액을 금전으로 납입하여야 한다.

○ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령

제93조(수시공시의 방법 등)

① 법 제89조제1항제1호에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자가 공시하여야 하는 투자운용인력의 운용경력은 투자운용인력을 변경한 날부터 최근 3년 이내의 운용경력으로 한다.

② 법 제89조제1항제3호에서 "대통령령으로 정하는 부실자산"이란 발행인의 부도, 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차개시의 신청 등의 사유로 인하여 금융위원회가 부실자산으로 정하여 고시하는 자산을 말한다.

③ 법 제89조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 말한다.
1. 투자설명서의 변경. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우는 제외한다.
   가. 법 및 이 영의 개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
   나. 집합투자규약의 변경에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
   다. 투자설명서의 단순한 자구수정 등 경미한 사항을 변경하는 경우
   라. 투자운용인력의 변경이 있는 경우로서 법 제123조제3항제2호에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
2. 집합투자업자의 합병, 분할, 분할합병 또는 영업의 양도·양수
3. 집합투자업자 또는 일반사무관리회사가 기준가격을 잘못 산정하여 이를 변경하는 경우에는 그 내용(제262조제1항 후단에 따라 공고·게시하는 경우에 한한다)
4. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구(존속하는 동안 투자금을 추가로 모집할 수 있는 집합투자기구로 한정한다. 이하 이 항에서 같다)로서 설정 및 설립 이후 1년이 되는 날에 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실
5. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구가 설정 및 설립되고 1년이 지난 후 1개월간 계속하여 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실
6. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구(부동산·특별자산투자재간접집합투자기구를 포함한다)인 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사항
   가. 제242조제2항 각 호 외의 부분 단서에 따른 시장성 없는 자산의 취득 또는 처분
   나. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구의 집합투자증권의 취득 또는 처분. 다만, 이미 취득한 것과 같은 집합투자증권을 추가로 취득하거나 일부를 처분하는 경우는 제외한다.
   다. 지상권·지역권 등 부동산 관련 권리 및 사업수익권·시설관리운영권 등 특별자산 관련 중요한 권리의 발생·변경
   라. 금전의 차입 또는 금전의 대여

7. 그 밖에 투자자의 투자판단에 중대한 영향을 미치는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 공시와 관련하여 그 서식과 작성방법, 기재사항 등에 관한 구체적인 기준은 금융위원회가 정하여 고시한다.

제265조(회계감사인의 선임 등)

① 법 제240조제4항에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등(투자회사는 제외한다)이 집합투자기구의 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 그 집합투자기구의 집합투자재산을 운용하는 집합투자업자의 감사의 동의(감사위원회가 설치된 경우에는 감사위원회의 의결을 말한다)를 받아야 하며, 투자회사가 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 감독이사의 동의를 받아야 한다.

② 집합투자재산에 대한 회계감사기준은 금융위원회가 증권선물위원회의 심의를 거쳐 정하여 고시한다.

③ 집합투자재산에 대한 회계감사와 관련하여 회계감사인의 권한은 법 및「주식회사 등의 외부감사에 관한 법률」제21조에서 정하는 바에 따른다.

④ 회계감사인은 집합투자재산에 대한 회계감사를 마친 때에는 다음 각 호의 사항이 기재된 회계감사보고서를 작성하여 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등에게 이를 지체 없이 제출하여야 한다.

1. 집합투자재산의 대차대조표
2. 집합투자재산의 손익계산서
3. 집합투자재산의 기준가격계산서
4. 집합투자업자 및 그 이해관계인(법 제84조제1항에 따른 이해관계인을 말한다)과의 거래내역

⑤ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 회계감사인으로부터 회계감사보고서를 제출받은 경우에는 금융위원회, 협회, 그 집합투자증권을 판매하는 투자매매업자·투자중개업자 및 그 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자에게 이를 지체 없이 제출하여야 한다.

⑥ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따라 해당 투자자가 회계감사보고서를 열람할 수 있도록 하여야 한다.

⑦ 회계감사에 따른 비용은 그 회계감사의 대상인 집합투자기구가 부담한다.

○ 장기 등 이식에 관한 법률

제25조(장기이식의료기관)

① 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하려는 의료기관은 보건복지부장관으로부터 장기이식의료기관(이하 "이식의료기관"이라 한다)으로 지정받아야 한다.

② 이식의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 대통령령으로 정하는 시설·장비·인력 등을 갖추어야 한다.

③ 이식의료기관이 아니면 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식할 수 없다. 다만, 이식의료기관이 아닌 의료기관에서도 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖춘 경우에는 장기등을 적출할 수 있다.

○ 전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. (생략)
2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
   가. 서명자의 신원
   나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

(이하 생략)

○ 조세특례제한법

제88조의2(비과세종합저축에 대한 과세특례)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 거주자가 1명당 저축원금이 5천만원(제89조에 따른 세금우대종합저축에 가입한 거주자로서 세금우대종합저축을 해지 또는 해약하지 아니한 자의 경우에는 5천만원에서 해당 거주자가 가입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액을 뺀 금액으로 한다) 이하인 대통령령으로 정하는 저축(이하 이 조에서 "비과세종합저축"이라 한다)에 2025년 12월 31일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득, 배당소득 및 금융투자소득에 대해서는 소득세를 부과하지 아니한다.

1. 65세 이상인 거주자
2.「장애인복지법」제32조에 따라 등록한 장애인
3.「독립유공자 예우에 관한 법률」제6조에 따라 등록한 독립유공자와 그 유족 또는 가족

4.「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제6조에 따라 등록한 상이자(傷痍者)
5.「국민기초생활보장법」 제2조제2호에 따른 수급자
6.「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 고엽제후유의증환자
7.「5·18 민주유공자 예우에 관한 법률」 제4조제2호에 따른 5·18 민주화운동부상자

② 제1항에도 불구하고 거주자가 비과세종합저축에서 발생하는 금융투자소득에 대하여 같은 항을 적용받지 아니할 것을 대통령령으로 정하는 바에 따라 신청한 경우에는 해당 금융투자소득에 대하여 「소득세법」 제87조의4를 적용한다.

③ 비과세종합저축의 가입절차, 가입대상의 확인, 계약금액 총액의 계산방법, 운용·관리 방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제89조(세금우대종합저축에 대한 과세특례)

① 거주자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 저축(이하 "세금우대종합저축"이라 한다)에 2014년 12월 31일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득 및 배당소득에 대한 원천징수세율은 「소득세법」 제129조에도 불구하고 100분의 9로 하고, 그 이자소득 및 배당소득은 「소득세법」 제14조에도 불구하고 종합소득에 대한 과세표준을 계산할 때 산입하지 아니하며, 그 이자소득 및 배당소득에 대해서는 「지방세법」에 따른 개인지방소득세를 부과하지 아니한다.

1.「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사등(이하 이 조에서 "금융회사등"이라 한다)이 취급하는 적립식 또는 거치식 저축(집합투자증권저축·공제·보험·증권저축 및 대통령령으로 정하는 채권저축 등을 포함한다)으로서 저축 가입 당시 저축자가 세금우대 적용을 신청할 것
2. 계약기간이 1년 이상일 것
3. 모든 금융회사등에 가입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액이 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액 이하일 것. 다만, 세금우대종합저축에서 발생하여 원금에 전입되는 이자 및 배당 등은 세금우대종합저축으로 보되, 계약금액 총액의 1명당 한도를 계산할 때에는 산입하지 아니한다.
   가. 20세 이상인 자: 1명당 1천만원
   나. 제88조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자: 1명당 3천만원

(이하 생략)

○ 조세특례제한법 시행령

제82조의2(비과세종합저축의 요건 등)

① 법 제88조의2제1항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 저축"이란 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 저축(이하 이 조에서 "비과세종합저축"이라 한다)을 말한다.

1.「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 금융회사등(이하 이 조에서 "금융회사등"이라 한다) 및 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 공제회가 취급하는 저축(투자신탁·보험·공제·증권저축·채권저축 등을 포함한다)일 것
   가.「군인공제회법」에 따라 설립된 군인공제회
   나.「한국교직원공제회법」에 따라 설립된 한국교직원공제회
   다.「대한지방행정공제회법」에 따라 설립된 대한지방행정공제회
   라.「경찰공제회법」에 따라 설립된 경찰공제회
   마.「대한소방공제회법」에 따라 설립된 대한소방공제회
   바.「과학기술인공제회법」에 따라 설립된 과학기술인공제회
2. 가입 당시 저축자가 비과세 적용을 신청할 것

(이하 생략)

○ 지역보건법

제10조(보건소의 설치)

① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.

② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 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.

○ **통계법**

제18조(통계작성의 승인)

① 통계작성기관의 장은 새로운 통계를 작성하고자 하는 경우에는 그 명칭, 종류, 목적, 조사대상, 조사방법, 통계표 서식, 조사사항의 성별구분 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 미리 통계청장의 승인을 받아야 한다. 승인을 받은 사항을 변경하거나 승인을 받은 통계의 작성을 중지하고자하는 경우에도 또한 같다.

② 통계작성기관의 장은 제1항에 따른 승인을 받거나 제20조에 따른 협의를 거치기 전에 행정자료를 활용한 통계의 작성이 가능한 것인지 여부를 미리 판단하여야 한다. 이 경우 통계작성기관의 장은 이에 대한 판단을 통계청장에게 의뢰할 수 있다.

③ 통계청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항에 따른 승인을 하지 아니할 수 있다.

1. 이미 승인을 받은 다른 통계와 조사 또는 보고의 대상·목적 및 방법 등 그 내용이 동일 또는 유사하다고 인정되는 경우
2. 표본규모가 지나치게 작거나 검증된 통계작성기법을 사용하지 아니하여 통계의 신뢰성을 확보할 수 없다고 인정되는 경우
3. 조사 또는 보고의 대상 또는 목적 등이 특정 이익집단 또는 특정부문에 편중되거나 영리적인 목적으로 작성되는 등 공공의 이익을 목적으로 작성된다고 보기 어려운 경우

④ 통계청장은 제1항에 따른 승인을 한 때에는 이를 고시하여야 한다. 이 경우 승인을 한 통계의 명칭, 통계작성기관의 명칭 등 고시에 포함되어야 할 사항은 대통령령으로 정한다.

○ **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.

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등)

① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받어 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.

제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)

전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)

제250조, 제252조 및 제253조의 미수범은 처벌한다.

[제25장 상해와 폭행의 죄]

제257조(상해, 존속상해)

① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제258조(중상해, 존속중상해)

① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

제258조의2(특수상해)

① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제257조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제258조의 죄를 범한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

③ 제1항의 미수범은 처벌한다.

제259조(상해치사)

① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)
① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제261조(특수폭행)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제262조(폭행치사상)
제260조와 제261조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제257조부터 제259조까지의 예에 따른다.

제263조(동시범)
독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

[제31장 약취(略取), 유인(誘引) 및 인신매매의 죄]

제287조(미성년자의 약취, 유인)
미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등)
① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

제289조(인신매매)
① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

[제32장 강간과 추행의 죄]

제297조(강간)
폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

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.

제298조(강제추행)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

제299조(준강간, 준강제추행)
사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.

제300조(미수범)
제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.

제301조(강간 등 상해·치상)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제301조의2(강간등 살인·치사)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제302조(미성년자 등에 대한 간음)
미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력 등에 의한 간음)
① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)
① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.
② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

[제38장 절도와 강도의 죄]

제333조(강도)
폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제334조(특수강도)
① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제333조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 흉기를 휴대하거나 2인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제335조(준강도)
절도가 재물의 탈환을 항거하거나 체포를 면탈하거나 죄적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박을 가한 때에는 제333조 및 제334조의 예에 따른다.

제336조(인질강도)
사람을 체포·감금·약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제337조(강도상해, 치상)
강도가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제338조(강도살인·치사)
강도가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제339조(강도강간)
강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제340조(해상강도)
① 다중의 위력으로 해상에서 선박을 강취하거나 선박내에 침입하여 타인의 재물을 강취한 자는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
② 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
③ 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 살해 또는 사망에 이르게 하거나 강간한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다.

제342조(미수범)
제329조 내지 제341조의 미수범은 처벌한다.

○ 호스피스 완화치료 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. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 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.

제16조(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단)

① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.
② 제1항에도 불구하고 제25조에 따른 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하는 말기환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단은 담당의사의 판단으로 갈음할 수 있다.

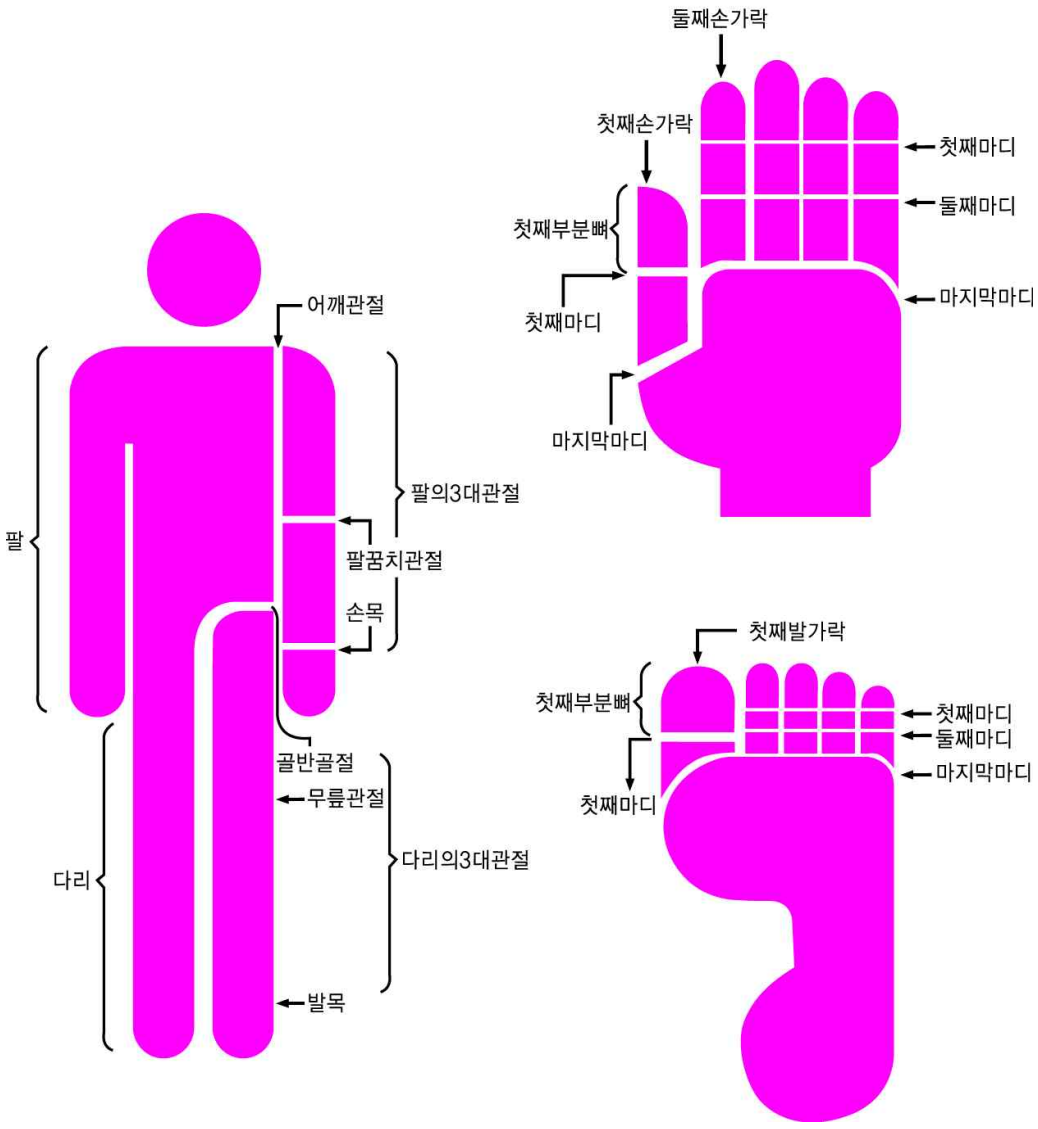
제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

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.
② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하 "호스피스전문기관"이라 한다)에 대하여 제29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.
④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

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 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.
② 호스피스대상환자가 의사결정능력이 없을 때에는 미리 지정한 지정대리인이 신청할 수 있고 지정대리인이 없을 때에는 제17조제1항제3호 각 목의 순서대로 신청할 수 있다.
③ 호스피스대상환자는 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 호스피스의 신청을 철회할 수 있다.
④ 호스피스의 신청 및 철회 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

신체부위의 설명도


둘째손가락
첫째손가락
첫째마디
둘째마디
첫째부분뼈
첫째마디
마지막마디
마지막마디
어깨관절
팔
팔의3대관절
팔꿈치관절
손목
골반골절
무릎관절
다리
다리의3대관절
발목
첫째발가락
첫째부분뼈
첫째마디
둘째마디
마지막마디
첫째마디

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO