당신의 봄

The 힘이 되는 암보험

자동갱신형
1종(납입면제형)·
2종(납입면제 확장형)

무 배 당　삼 성 화 재　암 보 험

2106.1

2021년 8월 1일부터 적용

보험료갱신형
(보험료 변동가능)



· 이 상품은 자동갱신형 상품으로 보험기간 만기시에 자동갱신되며, (단, 최종 갱신계약의 보험기간까지 보장) 매 갱신시마다 보험나이 증가 및 적용기초율의 **변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.**

이 약관은 금융소비자보호법 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

보험약관

당신에게 좋은보험 삼성화재 SAMSUNG

가입 감사의 글

삼성화재 보험상품에 가입해 주신 고객님께
진심으로 감사의 인사를 드립니다.

삼성화재는 국내 최고를 넘어
글로벌 초일류 보험회사를 지향하고 있습니다.
그에 앞서 가장 먼저 갖춰야 할 덕목은
고객만족이라고 생각합니다.

이를 위해 저희 삼성화재는
고객님이 보험 상품을 가입하신 이후에도
더 큰 만족을 느끼실 수 있도록
최선을 다하고 있습니다.

앞으로도 고객님의 선택에 성실히 보답하는
든든한 동반자가 되겠습니다.

고객님께 건강과 행복이 가득하시기를
기원합니다.

- 삼성화재해상보험주식회사 -

통 합 목 차 Ⅰ

약관이용 Guide Book..... Ⅰ- 2

쉽게 이해하는 약관 요약서..... Ⅰ- 7

주요 민원사례 확인..... Ⅰ- 26

보험용어 해설..... Ⅰ- 29

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문.. Ⅰ- 31

약관본문

<참고> 특별약관 색인..... Ⅱ- 1

<참고> 약관에서 인용된 법·규정..... Ⅲ- 1

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book

(The 힘이 되는 암보험 1종·2종)





※ 同 Guide Book은 보험약관의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고, 소비자 입장에서 약관 주요내용 등을 쉽게 찾고 이해할 수 있는 방법을 안내하는 것을 목적으로 함

1 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무를 규정하고 있습니다.

특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 중요사항에 대한 설명이 들어 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

2 한눈에 보는 약관의 구성

약관이용 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&특약)	**주계약(보통약관)** : 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관 **특약(특별약관)** : 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 및 색인 등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 **법률·보험용어의 해설, 가나다順 특약 색인, 관련법규** 등을 소비자에게 안내

3 QR 코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response) 코드란?

스마트폰으로 해당 QR 코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내 받을 수 있습니다.

약관해설	보험금 지급절차	전국지점

4 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

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

1	보험금 지급 및 지급제한 사항	제 3 조(보험금의 지급사유) 제 11 조(보험금을 지급하지 않는사유) 제 17 조(만기환급금의 지급) 영상자료

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

2	청약철회	제 27 조(청약의 철회)
3	자필서명/계약취소	제 25 조(사기에 의한 계약) 제 28 조(약관교부 및 설명의무 등)
4	계약무효	제 29 조(계약의 무효)
5	계약전 알릴 의무 및 위반효과	제 22 조(계약 전 알릴 의무) 제 24 조(알릴 의무 위반의 효과)
6	계약후 알릴 의무 및 위반효과	제 23 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 24 조(알릴 의무 위반의 효과)
7	보험료 연체 및 해지	제 36 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
8	부활(효력회복)	제 37 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

4 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

9	해지환급금	제 39 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권) 제 42 조(해지환급금)	
10	보험계약대출	제 43 조(보험계약대출)	
11	보험금 지급절차	제 14 조(보험금 등의 지급절차)	
12	공시이율	제 15 조(공시이율의 적용 및 공시)	
13	중도인출	제 16 조(환급금의 중도인출)	

5 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 7가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

1	시각화된 '약관요약서'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	약관 요약서
2	'약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	약관이용 Guide Book (4. 핵심 체크항목)
3	'가나다순 특약 색인(索引)'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. * 주계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고, 가입특약에 한해 보장 받을 수 있음	특약색인
4	약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설, 약관본문 Box 안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	용어해설
5	스마트폰으로 QR 코드를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.	약관이용 Guide Book (3. QR 코드)
6	'관련법규' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	약관에서 인용된 법·규정
7	약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의깊게 읽기 바랍니다.	

6 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.samsungfire.com), 고객 콜센터(1588-5114)로 문의 가능

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

쉽게 이해하는
약관 요약서



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

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

Ⅰ. 보험계약의 개요



□ 보험회사명 : 삼성화재해상보험
□ 보험상품명 : 무배당 삼성화재 The 힘이 되는 암보험(2106.1)
(자동갱신형) 1종(납입면제형) 및 2종(납입면제 확장형)
□ 보험의 종류 : 장기질병보험

01. 상품의 주요 특징

이 상품은 암에 대한 진단비, 수술비, 입원비, 통원비, 사망 보험금 등을 보장하는 상품입니다.

02. 상품명으로 상품의 특징 이해하기

무배당 삼성화재 The 힘이 되는 암보험(2106.1)(자동갱신형)
1종(납입면제형) 및 2종(납입면제 확장형)

① 무배당 : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

② 암보험 : 암으로 인한 위험을 주보장으로 하는 상품입니다.

③ 갱신형 : 보험계약 갱신시 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있습니다.



Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금

주의 이 보험에는 면책기간, 감액지급 및 보장한도 등 보험금 지급제한 조건이 부가되어 있습니다. 보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

☑ 면책기간

면책기간 보험금 미지급

이 보험에는 보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)이 설정된 담보가 있습니다. 자세한 사항은 가입한 특약 약관을 반드시 확인하셔야 합니다.

※ 면책기간 적용 담보

구분	보장명	면책기간
사망	암 사망	가입후 90일간 보장 제외
진단	암 진단비(유사암 제외) 암 진단 생활자금(유사암 제외)(5년월지급형) 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외), 유사암(90일면책) 진단비, 중대한 암 진단비 10대주요암 진단비, 특정소액암(4기) 진단비 위암 및 식도암 진단비, 대장암 및 소장암 진단비 폐암 및 후두암 진단비, 간·담낭·담도암 및 췌장암 진단비 유방암 진단비, 여성생식기암 진단비 남성생식기암 진단비, 비뇨기관암 진단비	가입후 90일간 보장 제외
장애	암 원인 장애 생활자금(5년월지급형) 암 원인 심한장애 생활자금(5년월지급형)	가입후 90일간 보장 제외
수술	암 최초수술비(유사암 제외), 암 수술비(유사암 제외) 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비 특정암 다빈치로봇 수술비	가입후 90일간 보장 제외

※ 면책기간 적용 담보(계속)

구분	보장명	면책기간
치료	항암 방사선·약물치료비Ⅲ 계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간 1 회한) 표적항암약물허가 치료비 계속받는 표적항암약물허가 치료비(연간 1 회한) 항암 양성자방사선 치료비 계속받는 항암 양성자방사선 치료비(연간 1 회한) 항암 세기조절방사선 치료비 말기암 호스피스완화치료비(가정형,입원형)	가입후 90 일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 보장))
	10 대 주요암 항암방사선·약물치료비 특정항암호르몬약물허가 치료비 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간 1 회한) 암 급여 주요통증완화치료비(연간 1 회한)	가입후 90 일간 보장 제외
일당	암 직접치료 입원일당Ⅱ (1 일이상) (요양병원 제외) 암 요양병원 입원일당Ⅱ (1 일이상, 90 일한도), 암 직접치료 종합병원 입원일당(1 일이상), 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외) (연간 30 회한)	가입후 90 일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양은 보장)
	암(유사암 제외) 직접치료 입원일당(1 일이상) (요양병원 제외), 암(유사암 제외) 요양병원입원일당(1 일이상,90 일한도)	가입후 90 일간 보장 제외
두 번째 암	두 번째 암 진단비 두 번째 암 진단 생활자금(5 년월지급형)	첫번째암 진단확정일을 포함하여 2 년간 보장 제외
재진단암	재진단암 진단비, 재진단암 항암방사선·약물 치료비	최초암 진단확정일을 포함하여 2 년간 보장 제외
여성관련 수술	여성 유방 완전절제수술비(유방의 암·제자리암) 여성 유방 부분절제수술비(유방의 암·제자리암) 여성 자궁적출수술비(생식기의 암·제자리암)	가입 후 90 일간 보장제외 (단, 여성유방, 여성생식기의 제자리암은 보장)

민원사례



A씨는 암보험 가입 2개월 후 위암을 판정받아 보험회사에 암 진단비를 청구하였으나

▶ 보험회사는 보험가입 후 **90 일이 경과하지 않아 보험금을 지급하지 않음(90 일 면책적용)**



√ 감액지급

감액지급 50% [1년 이내]

이 보험에는 일정기간 보험금이 일부만 지급되는(감액지급) 담보가 있습니다. 자세한 사항은 가입한 특약 약관을 반드시 확인하셔야 합니다.

※ 감액지급 적용 담보

구분	보장명	감액기간 및 비율
암 관련 진단비	유사암 진단비 유사암(90 일면책) 진단비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
간 관련 진단비	간염(B,C 형) 진단비 간경변 진단비	
양성종양 또는 폴립 진단비	위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 진단비 (연간 1 회한) 2 대주요기관 양성종양 진단비	
갑상선 관련 진단/치료비	갑상선기능항진증 치료비 갑상선기능저하증 진단비	
검사비용지원	암 급여 MRI 촬영검사비용지원(연간 1 회한) 급여 양전자단층촬영(PET) 검사비용지원 (연간 1 회한)	
암 관련 수술비	암 다빈치로봇 수술비	가입후 180 일 미만: 보험금 25% 지급 가입후 1 년간 (180 일미만제외): 보험금 50% 지급
암 관련 치료비	항암 양성자방사선 치료비 계속받는 항암 양성자방사선 치료비 (연간 1 회한) 항암 세기조절방사선 치료비 특정항암호르몬약물허가 치료비 계속받는 특정항암호르몬약물허가 치료비 (연간 1 회한) 갑상선암 수술후 호르몬약물허가 치료비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
표적항암약물허가 치료비	표적항암약물허가 치료비 계속받는 표적항암약물허가치료비(연간 1 회한)	가입 후 2 년간 보험금 50% 지급

√ 보장한도/자기부담금



이 보험에는 보험금 지급한도가 설정된 담보가 있습니다.

※ 보장한도 적용 담보

구분	보장명	보장한도
상해/질병 후유장해	상해 후유장해(80%이상) 질병 후유장해(80%이상)	최초 1 회한
상해/질병 입원일당	상해 중환자실 입원일당(1 일이상) 질병 중환자실 입원일당(1 일이상)	1 일이상 180 일 한도
	상급종합병원 1 인실 입원일당(1 일이상, 30 일한도) 종합병원 1 인실 입원일당(1 일이상, 30 일한도)	1 일이상 30 일 한도
암 진단	암 진단비(유사암 제외), 두 번째 암 진단비, 10 대주요암 진단비 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외), 중대한 암 진단비 유사암 진단비(각각), 유사암(90 일면책) 진단비(각각) 특정유사암(4 기) 진단비, 특정소액암(4 기) 진단비 소액치료비암 및 유사암 진단비, 위암 및 식도암 진단비 대장암 및 소장암 진단비, 폐암 및 후두암 진단비 간·담낭·담도암 및 췌장암 진단비, 유방암 진단비 여성생식기암 진단비, 남성생식기암 진단비, 비뇨기관암 진단비	최초 1 회한
	암 진단 생활자금(유사암 제외) (5 년월지급형) 두 번째 암 진단 생활자금(5 년월지급형) 암 원인 장애 생활자금(5 년월지급형) 암 원인 심한장애 생활자금(5 년월지급형)	최초 1 회한 5 년간 매월 가입금액 지급
암 수술	암 최초수술비(유사암제외), 유사암 최초수술비 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비, 특정암 다빈치로봇 수술비	최초 1 회한
암 치료	항암방사선·약물치료비 Ⅲ(암, 기타피부암/갑상선암 각각) 10 대 주요암 항암방사선·약물치료비 재진단암 항암방사선·약물 치료비 표적항암약물허가 치료비, 항암 양성자방사선 치료비, 항암 세기조절방사선 치료비, 특정항암호르몬약물허가 치료비 갑상선암 수술후 호르몬약물허가 치료비	최초 1 회한
	계속받는 표적항암약물허가 치료비(연간 1 회한) 계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간 1 회한) 계속받는 항암 양성자방사선 치료비(연간 1 회한)	암,기타피부암,갑상선암 각각 연간 1 회한
	계속받는 특정항암호르몬약물허가 치료비(연간 1 회한) 암 급여 주요통증완화치료비(연간 1 회한)	연간 1 회한



※ 보장한도 적용 담보(계속)

구분	담보명	보장한도
암 입원	암 직접치료 입원일당II (1 일이상) (요양병원 제외) 암(유사암 제외) 직접치료 입원일당(1 일이상) (요양병원 제외) 암 직접치료 종합병원 입원일당(1 일이상)	1 일이상 180 일한도
	암 요양병원 입원일당II (1 일이상, 90 일한도) 암(유사암제외) 요양병원 입원일당(1 일이상,90 일한도)	1 일이상 90 일한도
암 통원	암 직접치료 통원일당(상급종합병원)	1 일 1 회한
	암 직접치료 통원일당(요양병원 제외) (연간 30 회한) (암, 유사암 각각)	연간 30 회한 1 일 1 회한
검사비용	암 급여 MRI 촬영검사비용지원(연간 1 회한) 급여 양전자단층촬영(PET) 검사비용지원(연간 1 회한)	연간 1 회한
특정질환 진단	갑상선기능항진증 치료비, 갑상선기능저하증 진단비 간염(B,C 형) 진단비, 간경변 진단비 2 대 주요기관 양성종양 진단비	최초 1 회한
	위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 진단비(연간 1 회한)	연간 1 회한
특정 수술비	여성 유방 완전절제수술비(유방의 암·제자리암) 여성 유방 부분절제수술비(유방의 암·제자리암) 여성 특정 유방질환 수술비 여성 자궁적출수술비(생식기의 암·제자리암) 여성특정부인과질환 수술비 조혈모세포이식 수술비, 5 대장기이식 수술비	최초 1 회한
질병 입원 간병인 사용일당 (1 일이상)	질병 입원 간병인 사용일당(1 일이상) (요양병원 제외)	1 일이상 180 일 한도 - 간병인 사용금액이 1 일당 7 만원 미만인 경우 : 세부보장 보험가입금액의 50% - 간병인 사용금액이 1 일당 7 만원 이상인 경우 : 세부보장 보험가입금액의 100%
	질병 입원 간병인 사용일당(1 일이상) (요양병원)	1 일이상 180 일 한도
	질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1 일이상)	1 일이상 180 일 한도
기타	보험료 납입면제대상	최초 1 회한

√ 보장제외

보장제외 약관확인 필요

이 보험의 특약 중 일부 보장하지 않는 항목이 있습니다.
자세한 사항은 반드시 해당 약관을 참고하시기 바랍니다.

※ 보장제외 항목

특약명	제외사항
암 사망, 항암방사선·약물치료비Ⅲ, 표적항암약물허가치료비 계속받는 표적항암약물허가 치료비(연간 1 회한) 계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간 1 회한) 항암 양성자방사선 치료비, 항암 세기조절방사선 치료비 계속받는 항암 양성자방사선 치료비(연간 1 회한)	제자리암, 경계성종양
암 진단비(유사암 제외), 두 번째 암 진단비 암 진단 생활자금(유사암 제외)(5 년월지급형) 두 번째 암 진단 생활자금(5 년월지급형) 암(유사암 제외) 직접치료 입원일당(1 일이상)(요양병원 제외) 암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1 일이상, 90 일한도) 암 최초수술비(유사암 제외), 암 수술비(유사암 제외)	기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양
암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외)	[유사암] 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양 [특정소액암] 유방암, 자궁경부암, 자궁체부암, 전립선암, 방광암
재진단암 진단비	갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양
여성 특정유방질환 수술비	유방의 암, 제자리암, 경계성종양, 유방의 비대(N62)
여성 특정부인과질환 수술비	생식기의 암, 제자리암, 경계성종양, 요실금(N39.3, N39.4, R32), 자궁 무력증(N88.3), 성병으로 구분되는 골반염증질환 중 일부(N74.2, N74.3, N74.4), 습관적유산자(N96),여성불임(N97), 인공수정과 관련된 합병증(N98), 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치 후 장애(N99)

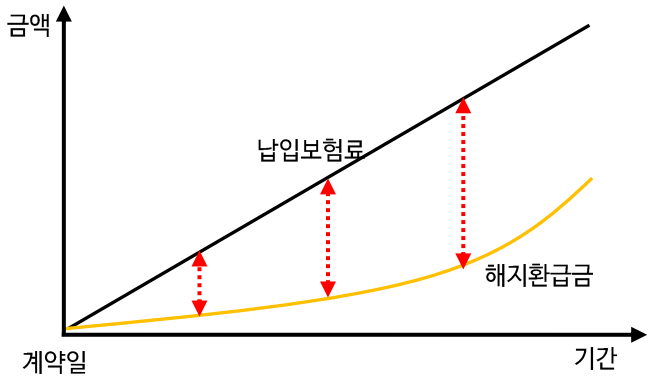
02. 해지환급금에 관한 사항

보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해지환급금을 지급합니다.

주의

해지환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

* 해지환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급



03. 갱신 시 보험료 인상 가능성



주의

이 보험은 갱신시 보험료가 변동되는 갱신형 계약입니다.
갱신형 계약은 갱신시마다 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

04. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요특성

① 보장성 보험



① 이 보험은 질병보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.

② 만기 또는 중도해지시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

③ 가입한 특약의 경우 보통약관과 보험기간이 다를 수 있습니다. (특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다)

② 만기자동갱신형에 관한 사항

자동갱신형 상품은 최초가입후 기본계약의 보험기간마다 갱신을 통해 갱신종료 나이 100세(일부담보 만기 상이)까지 보장받을 수 있는 상품입니다.



① 갱신계약의 보장은 갱신전 계약의 보장이 끝나는 때부터 적용합니다.

② 갱신전 계약에서 기본계약 및 특별약관의 소멸사유가 발생하였을 경우, 차회 이후의 갱신시에는 해당 기본계약 및 특별약관의 가입이 불가능 합니다.

③ 회사는 계약이 아래의 조건을 모두 충족하고 **갱신전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 동일한 보장내용으로 자동으로 갱신**되는 것으로 합니다.

- 갱신될 계약의 보험기간이 회사가 사업방법서에서 정한 기간내 일 것
- 갱신일에 피보험자의 나이가 회사가 사업방법서에서 정한 나이의 범위 내일 것
- 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

④ 갱신시에는 나이증가 및 적용요율의 변동(위험률 변동 등) 등으로 인해 보험료가 인상될 수 있으며, 회사는 계약자에게 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 갱신 요건, 보장내용 변경내역, 갱신보험료 및 갱신 절차 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 안내해 드립니다.

※ 기타 세부적인 내용은 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.



③ 만기환급금에 관한 사항

만기환급금 변동가능 주의

① 회사는 이 보험의 기본계약 만기시점의 적립금을 만기환급금으로 지급하며, 납입보험료 중 적립부분 순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 제외한 금액)를 기준으로 공시이율을 적용한 금액으로, 향후 공시이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.

② 적립되는 보험료 없이 보장담보만으로 가입하시는 경우 보험계약 만기시 지급받는 금액(만기환급금)이 없습니다.

④ 납입면제에 관한 사항

납입면제 사유발생시 주의

[1종(납입면제형)에 한함]

납입면제의 보장개시일 이후 납입면제 사유가 발생한 경우 차회 이후 보장보험료의 납입을 면제하며 적립보험료의 납입을 중지합니다. 특히, 갱신전 계약이 납입면제된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용하지 않고 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입해야 하며, 이후 납입면제 사유가 발생하더라도 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

※ 납입면제 사유 : 암(유사암제외), 상해후유장해(80%), 질병후유장해(80%)

[2종(납입면제 확장형)에 한함]

납입면제의 보장개시일 이후 납입면제 사유가 발생한 경우 차회 이후 보장보험료의 납입을 면제하며 적립보험료의 납입을 중지합니다. 또한, 납입면제 사유가 발생한 때부터 자동갱신을 하지 않고 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

※ 납입면제 사유 : 암(유사암제외), 상해후유장해(80%), 질병후유장해(80%)

⑤ 중도인출에 관한 사항

중도인출 해지환급금 80%이내 주의

보험계약자는 보험기간 중 회사가 정한 기준에 따라 적립부분 해지환급금(기본계약 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해지환급금을 한도로 함)의 80%내에서 인출할 수 있습니다. 다만 보험계약대출이 있는 경우에는 그 원금과 이자합계액을 한도에서 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

중도인출시 인출금액 및 적립되는 이자만큼 만기(해지) 환급금에서 차감하여 지급하므로 환급금이 현저하게 감소하거나 기납입보험료 보다 적을 수 있습니다.

⑥ 금리연동형 보험







① 이 보험의 적립부분 순보험료에 적용되는 이율은 매월 변동됩니다.
* 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 부가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용 등)를 제외한 금액

② 동 이율은 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료, 특약보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.

③ 이 보험의 최저보증이율*은 연단위복리 0.25%입니다.
* 운용자산이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

⑦ 사망보험금 수익자의 지정에 관한 사항



사망보험금 수익자를 지정/변경하고자 할 경우에는 사망보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의해야 합니다. 만약 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 민법상 피보험자의 법정상속인 순위로 보험수익자를 정합니다.

민법상 법정상속인 순위
1. 직계비속, 2. 직계존속, 3. 형제자매, 4. 4촌이내의 방계 혈족
※ 배우자는 위의 1, 2순위 상속인이 있는 경우에 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고, 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 됨

⑧ 예금자보호제도에 관한 사항





① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환급금 (또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 1 인당 “최고 5 천만원”이며, 5 천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다

⑨ 보험금 지정대리청구인에 관한 사항

보험사고(예 : 치매 등) 발생으로 본인 스스로 보험금 청구가 현실적으로 어려운 상황이 발생할 경우 보험금을 대신 청구하는 자(보험금 지정대리청구인)를 보험가입초기 또는 유지 중에 미리 지정하는 제도입니다.

※ 예시: 계약자가 자신을 위한 치매보험 가입 후 치매가 발생한 경우
☞ 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 치매 보험금 청구가 곤란
☞ 이런 경우에 대비하여 보험금 대리청구인을 미리 지정하여 두시면 대리청구인이 가입자(계약자)를 대신하여 보험금을 청구할 수 있습니다.



⑩ 특정항암 호르몬약물치료에 관한 사항

Q1) 특정항암호르몬약물치료란 무엇인가요?

A1-1) 특정항암호르몬치료제는 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

A1-2) 특정항암호르몬약물허가치료는 해당과목 전문의 자격을 가진 자가 암의 치료를 목적으로 특정항암호르몬치료제를 투약하여 치료하는 것을 말합니다.

Q2) 암종별로 어떤 항암호르몬치료제를 처방받을 수 있나요?

A2) 암종별로 주로 처방되는 특정항암호르몬치료제는 약관을 확인하시고, 처방된 약제의 특정항암호르몬치료제 해당여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

⑪ 갑상선 호르몬약물치료에 관한 사항

Q1) 갑상선 호르몬약물허가치료란 무엇인가요?

A) 갑상선암으로 진단받고 수술한 이후 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 치료 또는 재발 억제 등의 목적으로 갑상선 호르몬치료제를 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

Q2) 어떤 갑상선 호르몬치료제를 처방받을 수 있나요?

A2) 갑상선 호르몬치료제는 약관을 확인하시고, 처방된 약제의 갑상선 호르몬치료제 해당여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

⑫ 표적항암약물치료에 관한 사항

Q1) 표적항암약물치료란 무엇인가요? 일반적인 항암약물치료와는 어떻게 다른가요?

A1) 표적항암약물치료는 세포독성항암제를 사용하는 기존 항암약물치료에 비해 정상세포의 손상을 최소화하며, 기존 치료법에 비해 생존율을 향상시킨다는 여러 연구 결과가 발표되고 있습니다.

Q2) 표적항암약물치료는 만능 치료법인가요?

A2) 표적항암약물치료는 몇몇 암종의 치료에서는 패러다임을 변화시켰지만 절대 만능 치료법이 아닙니다.

① 표적항암제는 암세포가 가진 특정한 물질(분자)을 표적하여 암세포를 공격하고 이를 통해 치료의 효과를 나타낼 수 있도록 만들어졌습니다. 이렇게 암세포를 공격하는 방법은 각 표적항암제의 작용 기전에 따라 다양합니다. 따라서 표적항암약물치료를 하기 위해서는 각 표적항암제가 작용하는 특정 표적인자에 대한 검사가 필요하며, 검사결과 및 그 외 임상 정보 등을 고려하여 처방을 받을 수 있습니다.

② 표적항암제 가격은 다른 일반항암제에 비해 상대적으로 고가(高價)이므로 많은 치료 비용을 요합니다.

③ 표적항암약물치료는 치료 효과를 지속적으로 유지하기 위해 장기적인 투약을 필요로 합니다.

④ 표적항암약물치료는 암에 내성이 생기는 경우 효과가 감소될 수 있습니다.

Q3) 모든 환자가 표적항암약물치료를 받을 수 있는 건가요?

A3) 표적항암약물치료에 사용되는 표적항암제의 처방은 치료를 통해 충분한 치료의 효과가 기대되는 표적인자 보유환자에게만 이뤄집니다. 따라서 암의 치료 선택 과정에서 해당 전문의는 환자가 어떤 표적인자를 보유하고 있는지를 확인하고, 처방을 결정할 수 있습니다.

Q4) 표적항암약물치료는 부작용이 없는 건가요?

A4) 표적항암약물치료도 기존 항암약물치료보다는 부작용이 적지만 경우에 따라 특유의 부작용이 발생할 수 있으며, 환자마다 체감하는 정도가 다를 수 있습니다. 대표적인 부작용으로는 피부발진, 발열 및 오한, 메스꺼움 및 구토, 설사 또는 변비, 부종, 관절통 및 근육통 등이 있습니다. 처방 전 표적항암약물치료로 유발될 수 있는 부작용은 반드시 전문의 자문을 통해 확인하고 투약하여야 합니다.

Q5) 암종별로 어떤 표적항암제를 처방 받을 수 있나요?

A5) 암종별로 주로 처방되는 표적항암제는 약관을 확인하시고, 처방된 항암제의 표적항암제 해당여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

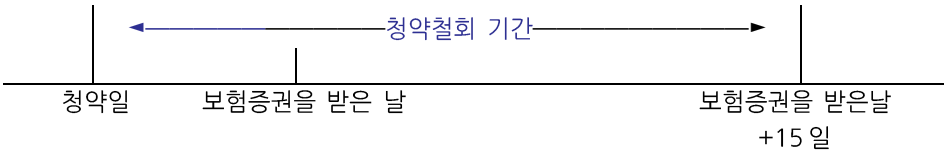
Ⅲ. 보험계약의 일반사항



01. 청약을 철회할 수 있는 권리

보통약관 | 제 27 조

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내(다만, 청약을 한 날부터 30일을 한도로 합니다)에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



주의

[청약철회가 불가한 경우]

① 청약일부터 30일(65세 이상 보험계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우
② 전문금융소비자가 체결한 계약
③ 보험기간이 90 일 이내인 계약
④ 건강상태 진단을 지원하는 계약

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

보통약관 | 제 28 조

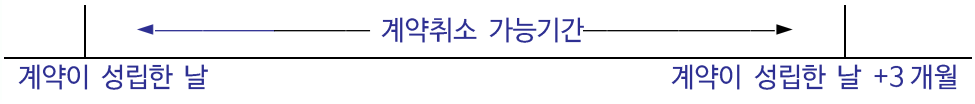
보험계약자는 다음에서 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

① 보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우

② 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우

③ 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

<계약 취소시 지급하는 금액>
납입한 보험료+이자



03. 보험계약의 무효

보통약관 | 제 29 조

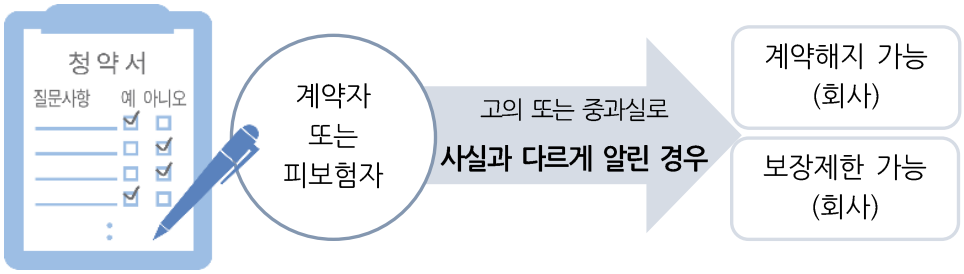
보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우

04. 보험계약전 알릴의무 및 위반효과

보통약관 | 제 22,24 조

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



주의

① 청약서의 질문사항에 대하여 보험설계사에게만 구두로 알렸을경우 보험계약전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.

② 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원사례



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

→ 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

법률지식

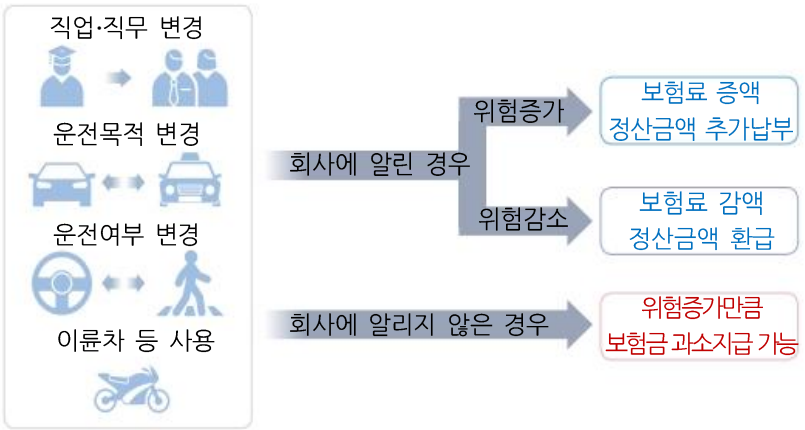
[대법원 2007.6.28.선고 2006 다 59837] 일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음



05. 보험계약후 알릴의무 및 위반효과 보통약관 제 23,24 조

보험계약자 등은 피보험자의 직업·직무변경 등이 발생한 경우 지체없이 보험회사에 알려야 하며, 이를 위반하는 경우 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

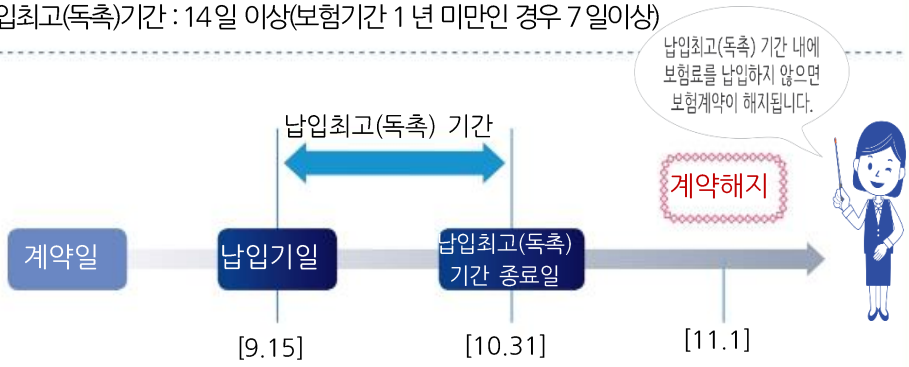
보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로
① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,
② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가납입이 필요할 수 있습니다.



06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지 보통약관 제 36 조

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

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

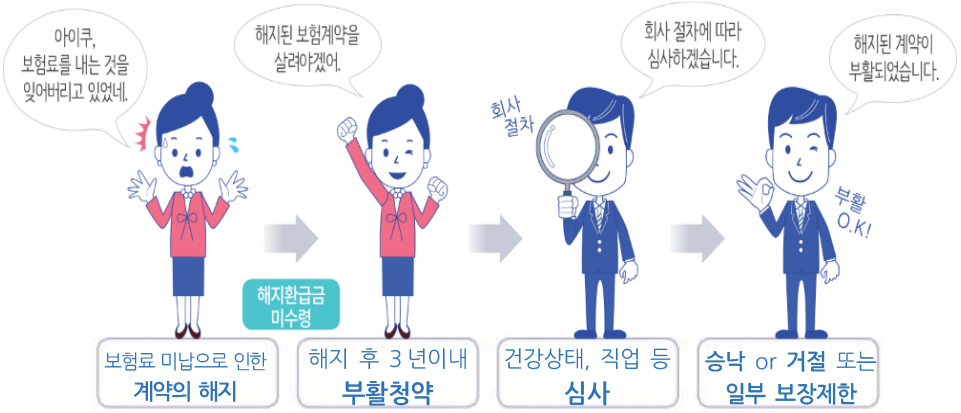


납입연체 : 보험료 납입이 연체 중인 경우

07. 해지된 보험계약의 부활(효력회복) 보통약관 제 37 조

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

보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.



08. 보험계약대출 보통약관 제 43 조

보험계약자는 보험계약의 해지환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

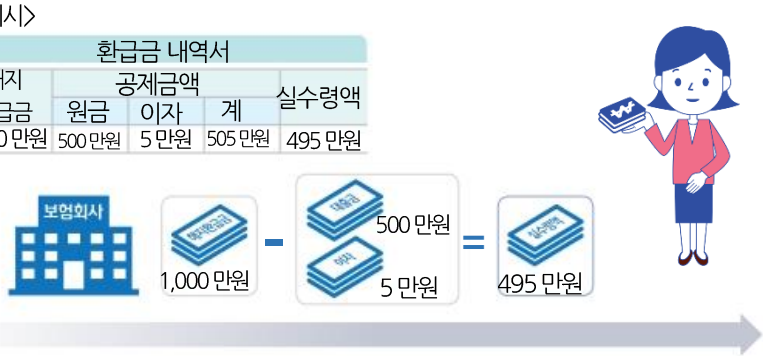
① 상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해지환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.

② 순수보장성보험 등 보험상품 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.

③ 보험계약자는 대출신청 전에 보험계약대출이율을 반드시 확인하시기 바랍니다.

<예시>

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



09. 보험금 청구절차 및 서류

보통약관 제 13,14 조

보험금은 청구서류 접수일부터 3 영업일 이내에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 30 영업일이 소요될 수 있습니다.)

보험금 청구문의 (서류안내) → 보험금청구 (서류접수) → 보험금 지급심사 (필요시 손해사정 또는 조사) → 보험금 지급 (심사결과 안내)

청구 접수일로부터 지급일까지 3 일이내
(조사 등이 필요한 경우 최대 30 일)

소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우도 있으니, 보험금청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 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.



주요민원사례 확인

[유형 1] 해지환급금 관련 유의사항 1

사례	A 씨는 보험가입 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 돌려받은 해지환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 불만 제기
유의 (참고) 사항	보험은 은행의 저축과 달리 위험보장과 저축을 겸비한 제도로 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 사업경비(모집수수료,계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 또한, 해지환급금은 이율(보장성 공시이율∨)의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출여부 등에 따라 달라질 수 있습니다. - 보장성공시이율∨ : 적립부분 순보험료에 적용되는 이율 - 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 부가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용 등)을 제외한 금액

[유형 2] 해지환급금 관련 유의사항 2

사례	B 씨는 보유중인 보험의 만기가 도래함에 따라 수령한 만기환급금이 예상 만기환급금보다 적은 것에 대한 불만을 제기
유의 (참고) 사항	적용이율이 변동하는 보험(금리연동형보험) 상품은 적립부분 순보험료에 적용되는 이율(보장성 공시이율∨)등이 변동되는 경우 예상 만기환급금, 예상 해지환급금 등이 달라질 수 있습니다. - 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 부가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용 等)을 제외한 금액

[유형 3] 보험계약 전 알릴 의무 위반

사례	C 씨는 과거 질병 치료사실을 보험모집인에게 이야기를 하였으나 보험 가입 전 치료를 받고 있던 질병(재발 질병 포함)은 보험금을 지급받지 못한다는 보험사의 통보를 받고 불만을 제기
유의 (참고) 사항	· 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다. · 과거 질병 치료사실 등을 보험모집인에게 구두(말)로만 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다. · 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 판매자의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

[유형 4] 상해보험의 직업 또는 직무 변경시 보험료 변동 및 해지환급금 정산

사례	D 씨는 보험가입 후 개인적인 사유로 직업을 변경하였고 보험기간이 종료됨에 따라 만기환급금을 수령하였으나 최초 예상환급금 대비 환급금이 적은 것에 대한 불만을 제기
유의 (참고) 사항	· 직업 또는 직무를 변경 (자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다. · 그 통지에 따라 위험이 감소된 경우 보험료가 감액될 수 있으며, 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액이 환급될 수 있습니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 납입보험료의 증액 및 정산금액 추가납입이 발생할 수 있습니다.

[유형 5] 타인의 사망보험 가입 관련

사례	E 씨는 F 씨의 자필서명이 이루어지지 않은 상태에서 F 씨를 피보험자로 하는 보험을 가입하였고, 이후 F 씨가 사망해 E 씨는 보험금을 청구하였으나, 보험회사는 계약무효 처리 및 보험금 지급이 어려움을 안내
유의 (참고) 사항	타인의 사망을 보험사고로 하는 보험 계약에는 보험계약 체결 시 그 타인의 서면*에 의한 동의를 얻어야 하며, 그렇지 않은 경우 무효 처리됩니다. *「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2의 요건을 갖춘 전자문서를 포함합니다.

[유형 6] 보험금청구권 소멸시효 관련

사례	상해보험을 가입한 G 씨는 운동 중 무릎을 다쳐 병원치료를 받고 보험가입 사실을 잊고 지내다가 보험사고일로부터 3 년이 경과한 후 보험금을 청구하였으나 보험회사는 보험금 지급이 어려움을 안내
유의 (참고) 사항	보험금청구권 소멸시효는 3 년으로 그 기간을 경과하면 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

[유형 7] 암 보장담보의 보장시기 관련

사례	H 씨는 암을 보장하는 담보(예 : 암 진단비, 암 수술비 등)에 가입한 후, 2 달이 지나 위암을 판정받아 보험회사에 보험금을 청구하였으나, 보험회사는 보험계약체결일로부터 90 일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내
유의 (참고) 사항	암을 보장하는 담보는 최초계약일로부터 90 일이 지난 날의 다음날부터 보장합니다. 다만, 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 최초계약일로부터 보장합니다.

보험용어 해설

보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

보험계약자

보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

보험수익자

보험계약에 의하여 보험금을 지급받는 자를 말하며, 보험사고가 발생하는 경우 회사에 대하여 보험금의 지급을 청구할 수 있는 사람

보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

보장개시일(책임개시일)

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

보험계약일

보험계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

보험금

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

보장보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료

적립보험료

회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

적립부분 순보험료

적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 제외한 금액

책임준비금

장래의 보험금 또는 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

보험나이

1) 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 월 단위까지 계산 후, 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산한 나이
2) 계약일 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가함

개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용 범위

가. 고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정 · 유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.

나. 고객은 영업장 · 인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 **1) 회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴 · 부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다.** 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴 · 부가서비스 및 신상품 · 서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 「신용정보의이용및보호에관한 법률」 상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 **「신용정보의이용및보호에관한 법률」 제35조**에 따라 회사가 본인정보를 마케팅 목적으로 이용 및 제3자에게 제공하는 현황을 조회할 수 있습니다.

- 조회방법
  - o 인터넷 : http://www.samsungfire.com

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 **「신용정보의이용및보호에관한 법률」 제 36 조**에 따라 회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절 · 중지하는 경우에는 그 거절 · 중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭 · 주소 · 연락처 등을 고지해 줄 것을 회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 **「신용정보의이용및보호에관한 법률」 제 37 조**에 따라 가입 신청 시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제 3 자에게 제공하는 것 및 당해 회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

- 신청방법
  - o 서　면 : 본사 (서울특별시 서초구 서초대로74길 14) 또는 각 영업점
  - o 전　화 : 1588-5114
  - o 인터넷 : http://www.samsungfire.com

- 다만, 개인신용정보를 제공하지 아니하면 해당 신용정보주체와 약정한 계약이행이 어려운 경우에는 고객이 동의를 철회하려면 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 합니다. (마케팅 목적의 연락중지는 즉시 가능)

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 **「신용정보의이용및보호에관한 법률」 제 38 조**에 따라 회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정을 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

- 신청방법
  - o 서 면 : 본사 (서울특별시 서초구 서초대로 74 길 14) 또는 각 영업점
  - o 전 화 : 1588-5114
  - o 인터넷 : http://www.samsungfire.com

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 **「신용정보의이용및보호에관한 법률」 제 39 조**에 따라 본인정보를 신용조회 회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처
  - · NICE 신용정보(주) : ☎ 02-2122-4000 인터넷 www.nice.co.kr
  - · 서울신용평가정보(주) : ☎ 02-3445-5000 인터넷 www.sci.co.kr
  - · 코리아크레딧뷰로(주) : ☎ 02-708-6000 인터넷 www.kcb4u.com

3. 개인정보 유출시 피해보상

당사의 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

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

- 연락처
  - · 당사 고객정보 관리 · 보호 고충처리자
    : 02-758-4045 / 서울특별시 서초구 서초대로 74 길 14
  - · 협회 개인신용정보 보호담당자
    : 02-3702-8500 / 서울특별시 종로구 종로 5 길 68
  - · 금융감독원 개인신용정보 보호담당자
    : (국번없이) 1332 / 서울특별시 영등포구 여의대로 38

무배당 삼성화재 The 힘이 되는 암보험(2106.1)(자동갱신형)

1종(납입면제형) 및 2종(납입면제 확장형)

목 차

보 통 약 관 7
제1관 목적 및 용어의 정의 8
제1조 (목적) 8
제2조 (용어의 정의) 8
제2관 보험금의 지급 9
제3조 (보험금의 지급사유) 9
제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정) 10
제5조 (보험료 납입면제) 11
제6조 (보험료 납입면제에 관한 세부규정) 11
제7조 (암의 정의 및 진단확정) 11
제8조 (두 번째 암의 정의 및 진단확정) 12
제9조 (항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의) 13
제10조 (수술의 정의와 장소) 13
제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유) 14
제12조 (보험금 지급사유의 통지) 14
제13조 (보험금 등의 청구) 14
제14조 (보험금 등의 지급절차) 14
제15조 (공시이율의 적용 및 공시) 15
제16조 (환급금의 중도인출) 16
제17조 (만기환급금의 지급) 16
제18조 (보험금 받는 방법의 변경) 17
제19조 (주소변경통지) 17
제20조 (보험수익자의 지정) 17
제21조 (대표자의 지정) 17
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 18
제22조 (계약 전 알릴 의무) 18
제23조 (상해보험계약 후 알릴 의무) 18
제24조 (알릴 의무 위반의 효과) 20
제25조 (사기에 의한 계약) 21
제4관 보험계약의 성립과 유지 21
제26조 (보험계약의 성립) 21
제27조 (청약의 철회) 21
제28조 (약관교부 및 설명의무 등) 22
제29조 (계약의 무효) 23
제30조 (계약내용의 변경 등) 25
제31조 (보험나이 등) 25
제32조 (계약의 소멸) 26
제5관 보험료의 납입 26
제33조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 26
제34조 (제2회 이후 보험료의 납입) 27
제35조 (보험료의 자동대출납입) 27
제36조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ... 28
제37조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 28
제38조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 29

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 29
제39조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권) 29
제39조의2 (위법계약의 해지).....30
제40조 (중대사유로 인한 해지).....30
제41조 (회사의 파산선고와 해지).....30
제42조 (해지환급금) 30
제43조 (보험계약대출) 31
제44조 (배당금의 지급) 31
제7관 분쟁의 조정 등.....31
제45조 (분쟁의 조정) 31
제46조 (관할법원) 32
제47조 (소멸시효) 32
제48조 (약관의 해석) 32
제49조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) 32
제50조 (회사의 손해배상책임).....32
제51조 (개인정보보호) 33
제52조 (준거법) 33
제53조 (예금보험에 의한 지급보장).....33
특 별 약 관 35
1. 질병 관련 특별약관 36
1-1. 질병 사망 특별약관 36
1-2. 질병 후유장해(80%이상)특별약관 37
1-3. 암 사망 특별약관 38
1-4. 암 진단 생활자금(유사암 제외)(5년월지급형) 특별약관 41
1-5. 두 번째 암 진단 생활자금(5년월지급형) 특별약관 44
1-6. 암 원인 장애 생활자금(5년월지급형) 특별약관 50
1-7. 암 원인 심한장애 생활자금(5년월지급형) 특별약관 53
1-8. 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외) 특별약관.....57
1-9. 유사암 진단비 특별약관.....60
1-10. 유사암(90일면책) 진단비 특별약관 63
1-11. 10대 주요암 진단비 특별약관 66
1-12. 재진단암 진단비 특별약관.....69
1-13. 특정소액암(4기) 진단비 특별약관 76
1-14. 특정유사암(4기) 진단비 특별약관 80
1-15. 중대한 암 진단비 특별약관.....82
1-16. 소액치료비암 및 유사암 진단비 특별약관 85
1-17. 위암 및 식도암 진단비 특별약관 87
1-18. 대장암 및 소장암 진단비 특별약관 90
1-19. 폐암 및 후두암 진단비 특별약관 93
1-20. 간·담낭·담도암 및 췌장암 진단비 특별약관 95
1-21. 유방암 진단비 특별약관.....98
1-22. 여성생식기암 진단비 특별약관 100
1-23. 남성생식기암 진단비 특별약관 103
1-24. 비뇨기관암 진단비 특별약관 105
1-25. 간염(B,C형) 진단비 특별약관 108
1-26. 간경변 진단비 특별약관.....110
1-27. 갑상선기능항진증 치료비 특별약관 111

1-28. 갑상선기능저하증 진단비 특별약관 114
1-29. 위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 진단비(연간1회한) 특별약관 115
1-30. 2대주요기관 양성종양 진단비 특별약관 116
1-31. 암 급여 MRI 촬영검사비용지원(연간1회한) 특별약관 118
1-32. 암 최초수술비(유사암 제외) 특별약관 121
1-33. 암 수술비(유사암 제외) 특별약관 125
1-34. 유사암 최초수술비 특별약관 129
1-35. 유사암 수술비 특별약관 132
1-36. 암 다빈치로봇 수술비 특별약관 135
1-37. 조혈모세포이식 수술비 특별약관 141
1-38. 유방관련 특정질환 수술비 특별약관 143
1-39. 부인과관련 특정질환 수술비 특별약관 147
1-40. 항암방사선·약물 치료비III 특별약관 152
1-41. 계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간1회한) 특별약관 155
1-42. 10대 주요암 항암방사선·약물 치료비 특별약관 158
1-43. 재진단암 항암방사선·약물 치료비 특별약관 160
1-44. 표적항암약물허가 치료비 특별약관 165
1-45. 계속받는 표적항암약물허가 치료비(연간1회한) 특별약관 171
1-46. 항암 양성자방사선 치료비 특별약관 176
1-47. 계속받는 항암 양성자방사선 치료비(연간1회한) 특별약관 179
1-48. 항암 세기조절방사선 치료비 특별약관 182
1-49. 특정항암호르몬약물허가 치료비 특별약관 185
1-50. 계속받는 특정항암호르몬약물허가 치료비(연간1회한) 특별약관 190
1-51. 갑상선암 수술후 호르몬약물허가 치료비 특별약관 195
1-52. 암 급여 주요통증완화치료비(연간1회한) 특별약관 198
1-53. 말기암 호스피스완화치료비(가정형,입원형) 특별약관 202
1-54. 암 직접치료 입원일당II(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관 206
1-55. 암(유사암 제외)직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관 211
1-56. 암 요양병원 입원일당II(1일이상, 90일한도) 특별약관 215
1-57. 암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도) 특별약관 220
1-58. 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관 224
1-59. 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 특별약관 230
1-60. 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한) 특별약관 234
1-61. 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상) 특별약관 239
1-62. 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관 245
2. 상해 관련 특별약관 248
2-1. 상해 사망 특별약관 248
2-2. 상해 후유장해(80%이상) 특별약관 249
2-3. 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관 251
3. 상해 및 질병 관련 특별약관 254
3-1. 보험료 납입면제대상 특별약관 254
3-2. 급여 양전자단층촬영(PET) 검사비용지원(연간1회한) 특별약관 257
3-3. 5대장기이식 수술비 특별약관 260
3-4. 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관 262
3-5. 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관 265
별 표 269
[별표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 270

[별표2] 장해분류표 271
<붙임: 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표> 293
[별표3] [장애인 복지법], [장애인 복지법 시행령], [장애인 복지법 시행규칙] 294
[별표3.1] 장애의 종류 및 기준에 따른 장애인 295
[별표3.2] 장애인의 장애 정도 297
[별표3.3] 장애유형별 장애진단시기 303
[별표3.4] 중복장애의 판정기준 304
[별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 310
[별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 311
[별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 312
[별표-질병관련4] 10대 주요암 분류표 313
[별표-질병관련5] 중대한 암의 정의 315
[별표-질병관련6] 위암 및 식도암 분류표 317
[별표-질병관련7] 대장암 및 소장암 분류표 318
[별표-질병관련8] 폐암 및 후두암 분류표 319
[별표-질병관련9] 간 · 담낭 · 담도암 및 췌장암 분류표 320
[별표-질병관련10] 유방암 분류표 321
[별표-질병관련11] 여성생식기암 분류표 322
[별표-질병관련12] 남성생식기암 분류표 323
[별표-질병관련13] 비뇨기관암 분류표 324
[별표-질병관련14] 간염(B,C형) 분류표 325
[별표-질병관련15] 간경변 분류표 326
[별표-질병관련16] 갑상선기능항진증 분류표 327
[별표-질병관련17] 갑상선기능저하증 분류표 328
[별표-질병관련18] 위 · 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 분류표 329
[별표-질병관련19] 2대주요기관 양성종양 분류표 330
[별표-질병관련20] 여성 특정유방질환 분류표 331
[별표-질병관련21] 유방완전절제수술 분류표 332
[별표-질병관련22] 유방부분절제수술 분류표 333
[별표-질병관련23] 여성 특정부인과질환 분류표 334
[별표-질병관련24] 여성생식기의 암 분류표 336
[별표-질병관련25] 여성생식기의 제자리암 분류표 337
[별표-질병관련26] 자궁적출수술 분류표 338
[별표-질병관련27] 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 339
[별표-질병관련28] 특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 346
[별표-질병관련29] 갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 349
[별표-질병관련30] 신경차단·파괴술 분류표 350
제도성 특별약관 353
1. 만기 자동갱신 특별약관 354
2. 특별조건부 특별약관 356
3. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관 358
4. 보험료 자동납입 특별약관 363
5. 이륜자동차 운전 및 탑승 중 상해 부담보 특별약관 364
6. 지정대리청구서비스 특별약관 366

보 통 약 관

무배당 삼성화재 The 힘이 되는 암보험(2106.1)(자동갱신형) 1종(납입면제형) 및 2종(납입면제 확장형) 보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

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

제2조 (용어의 정의)

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

① 계약관계 관련 용어

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.

② 지급사유 관련 용어

1. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
2. 장해: [별표2] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

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

<연단위 복리 예시>

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액

· 1년차 이자 = 100원(원금) ×10% = 10원

· 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) ×10% = 11원

→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

2. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의「업무자료/보험업무」내「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.

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

④ 기간과 날짜 관련 용어

1. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
2. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

1. 보장보험료와 적립보험료를 합하여 보험료라 합니다.
2. 보장보험료: 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.
3. 적립보험료: 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

<보험료>

보험료는 계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 「보장보험료」와 「적립보험료」로 구성되어 있습니다. 또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 위험보험료, 회사가 적립한 금액을 돌려주기 위한 적립부분 순보험료와 부가보험료(회사 운영에 필요한 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비)로 구성됩니다.

- 보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
- 보장보험료 = 위험보험료 + 부가보험료
- 적립보험료 = 적립부분 순보험료 + 부가보험료

⑥ 1종(납입면제형) : 제5조(보험료 납입면제), 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 의하여 납입면제가 적용되는 계약을 말합니다. 단, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용하지 않고 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

⑦ 2종(납입면제 확장형) : 제5조(보험료 납입면제), 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 의하여 납입면제가 적용되는 계약을 말합니다.

⑨ 갱신 관련 용어

1. 최초계약 : 최초로 체결되는 계약을 말합니다.
2. 갱신계약 : 최초계약 보험기간이 끝난 후 제도성 특별약관 1. 만기 자동갱신 특별약관에 따라 자동갱신된 계약을 말합니다.
3. 갱신일 : 갱신되기 직전 계약(이하 「갱신전 계약」이라 합니다)의 보험기간이 끝난 날의 다음 날을 말합니다.
4. 갱신종료보험나이 : 이 보통약관 계약이 종료되는 보험나이를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 암 진단비(유사암 제외) 계약의 보험가입금액을 암 진단비(유사암 제외) 계약의 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「두 번째 암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 두 번째 암 진단비 계약의 보험가입금액을 두 번째 암 진단비 계약의 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

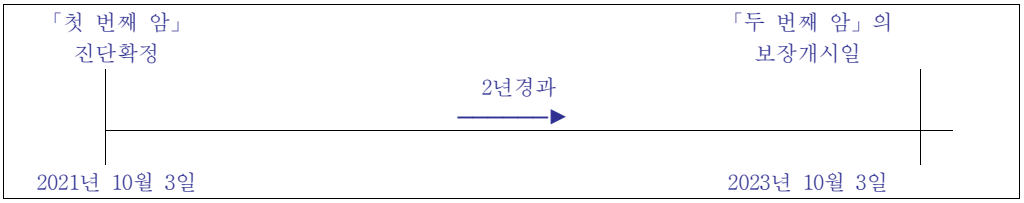
③ 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 계약의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 계약의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



④ 제2항의 경우「두 번째 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제5항에서 정한「첫 번째 암 보장개시일」이후 최초로 발생한「암」(「기타피부암」,「갑상선암」및 「대장점막내암」제외)(이하 「첫 번째 암」이라 합니다)의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날로 합니다.

<「두 번째 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



⑤ 제4항에서「첫 번째 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 계약의 보험계약일(이하「첫 번째 암 보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 계약의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「첫 번째 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



⑥ 제5항에도 불구하고 갱신전 계약의 보험기간 중 「첫 번째 암」으로 진단확정되지 않은 경우 갱신계약의 「첫 번째 암 보장개시일」은 이 계약의 갱신일로 합니다. 다만, 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복) 되는 경우에는 다음 각 호를 따릅니다.

1. 이 계약이 해지되기 전에 「첫 번째 암」으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 계약의 부활(효력회복)일을 「보험계약일」로 하여 제3조(보험금의 지급사유) 제4항 및 제5항을 적용합니다.
2. 이 계약이 해지되기 전에 「첫 번째 암」으로 진단확정된 경우 : 이 계약의 부활(효력회복)일을 「첫 번째 암」의 진단확정일로 보아 제3조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」 또는 「두 번째 암」을 직접적

인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제32조(계약의 소멸) 제2항에 따라 해당 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중 3-1. 보험료 납입면제대상 특별약관의 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 계약의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우 회사는 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

④ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

⑤ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 제1항 내지 제3항에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 보통약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (보험료 납입면제에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제5조(보험료 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

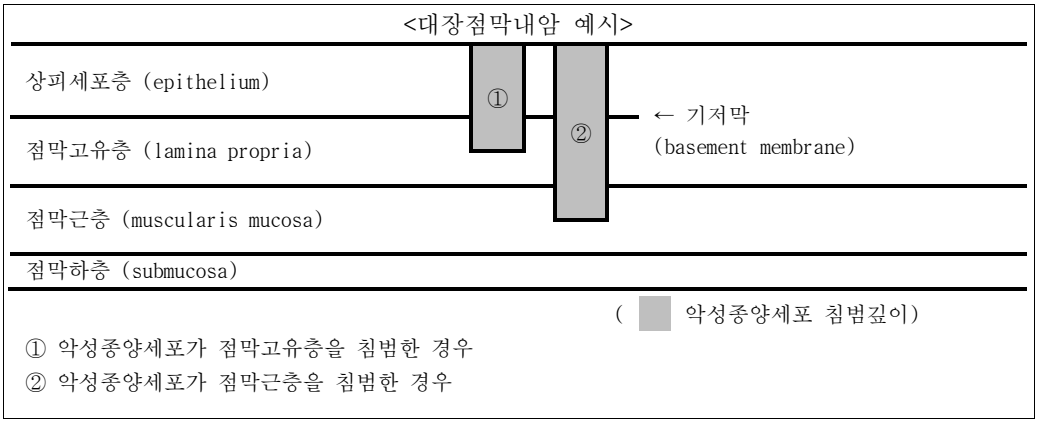
제7조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 보통약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」 또는「 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 보통약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 보통약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제8조 (두 번째 암의 정의 및 진단확정)

① 이 보통약관에서 「두 번째 암」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「두 번째 암」에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 「암」을 말합니다. 다만, 「기타피부암」,「갑상선암」 및 「대장점막내암」은 제외합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

② 제1항 제1호의 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫 번째 암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」 (이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 제2호의 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

④ 제1항 제3호의 「재발암」이란 「첫 번째 암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫 번째

암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫 번째 암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호의 「잔여암」이란 「암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「두 번째 암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「두 번째 암」으로 진단 또는 치료(암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

제9조 (항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

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

② 이 보통약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제10조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보통약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에「암」의 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 제3조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 회사는 「첫 번째 암」의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다) 내에 제8조(두 번째 암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호 내지 제4호의 「두 번째 암」으로 진단확정된 경우에는 두 번째 암 진단비 보험금을 지급하지 않습니다.

제12조 (보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류(단, 단체취급 특별약관을 부가하는 경우, 사망보험금을 지급할 때 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

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

제14조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유를 조사·확인하기 위해 필요한

기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
7. 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

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

<용 어 풀 이>
· 가지급보험금 : 보험금 지급이 늦어지는 경우 보험수익자 청구에 따라 확정된 보험금을 먼저 지급하는 제도

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산([별표1] 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제24조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제15조 (공시이율의 적용 및 공시)

① 이 보험의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 정해진 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성 공시이율Ⅴ(이하「공시이율」이라 합니다)로 하며, 공시이율은 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

<공시이율>

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

② 제1항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제16조 (환급금의 중도인출)

① 계약자는 계약일부터 2년 이후에 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 해당시점의 적립부분 해지환급금(“보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라서 중도인출금은 인출시점에 차감되며, 기본계약 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해지환급금을 한도로 함)의 80%한도 내에서 인출할 수 있습니다. 다만, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있는 경우에는 그 원금과 이자 합계액을 한도에서 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 초과할 수 없습니다.

<보험년도>

당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지로 매1년 단위의 연도임. 예를 들어, 보험계약일이 2021년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 2022년도 8월 14일까지 1년을 말함

<중도인출금의 한도 예시>

중도인출 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우

→ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원

→ 기 신청한 보험계약대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 30만원으로 가정) 중도인출 가능액

= 80만원(총 중도인출 가능액) − 30만원 = 50만원

제17조 (만기환급금의 지급)

① 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율로 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 적립한 금액(제16조(환급금의 중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 중도인출한 금액을 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제15조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 0.25%로 합니다.

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

③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산([별표1] 참조)에 따릅니다.

④ 제16조(환급금의 중도인출) 제1항에 따라 환급금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 만기환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.

⑤ 제30조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 적립보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 만기환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

<최저보증이율>

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 0.1%인 경우(최저보증이율이 공시이율보다 큰 경우), 적립금은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율로 부리됩니다.

제18조 (보험금 받는 방법의 변경)

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

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

제19조 (주소변경통지)

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

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

제20조 (보험수익자의 지정)

① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제17조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 기타 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.

② 제1항에 따라 지정된 보험수익자가 보험기간 중에 사망한 때에는 계약자는 다시 보험수익자를 지정할 수 있으며, 이 경우에 계약자가 보험수익자를 지정하지 않고 사망한 때에는 보험수익자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

<법정상속인>

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

<상속순위>

① 피상속인의 직계비속 ② 피상속인의 직계존속
③ 피상속인의 형제자매 ④ 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

제21조 (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 합

니다.

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.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제22조 (계약 전 알릴 의무)

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

<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 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)>

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제23조 (상해보험계약 후 알릴 의무)

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

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

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

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다)를 계속적으로 사용(직업,

직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제30조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)

↓

계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약

↓

계약변경사항 인수 심사

↓

정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)

↓

계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

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

<비례 보상 예시>

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

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

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

<유의사항>

계약자 또는 피보험자는 상해보험계약을 맺은 후 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무 변경 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 즉시 회사에 알려야 합니다. 그러지 않을 경우 보험사고가 발생한 경우에도 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

원동기장치 자전거는 전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외됩니다.

※유의사항 관련 예시: A씨(피보험자)는 일반 사무직으로 근무하던 중 상해보험을 가입하고 몇 년 후 물품배달원으로 직업을 변경하였으나 이를 고의 또는 중대한 과실로 보험회사에 알리지 않았고, 물품 배달 업무 중 일반상해로 사고가 발생한 후 보험금을 청구하였으나 보험금이 약정한 보험금보다 적게 지급되었습니다.

제24조 (알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제22조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제42조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약 해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑧ 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제25조 (사기에 의한 계약)

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제26조 (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 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

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

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제27조 (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 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

<일반금융소비자>

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(다만, 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 계약을 체결한 경우 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

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

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 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.

제28조 (약관교부 및 설명의무 등)

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

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

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

<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
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

<통신판매계약>

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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

<자필서명>

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

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

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

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

제29조 (계약의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당하는 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 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금

지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우 계약이 유효합니다.

<용어풀이>

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

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

② 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 해당 계약을 무효로 하며 이미 납입한 해당 계약의 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. 피보험자가 보험계약일부터 제3조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제7조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 암 진단비(유사암 제외) 계약을 무효로 합니다.

   다만, 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제3조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제7조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 암 진단비(유사암 제외) 계약의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 암 진단비(유사암 제외) 계약의 보험료를 돌려 드립니다.

2. 피보험자가 보험계약일부터 제3조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「첫 번째 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제7조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제2항의 두 번째 암 진단비 계약을 무효로 합니다.

   다만, 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제3조(보험금의 지급사유) 제5항에 정한 「첫 번째 암」에 대한 보장개시일 전일 이전에 제7조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 두 번째 암 진단비 계약의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 두 번째 암 진단비 계약의 보험료를 돌려 드립니다.

③ 제2항에 따라 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 암 진단비(유사암 제외) 계약이 무효가 된 경우, 계약자는「암」의 진단확정일부터 90일 이내에 무효가 된 계약 이외의 계약을 취소할 수 있으며, 해당 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 해당 계약의 보험료를 돌려 드립니다.

④ 제2항 제2호에 따라 제3조(보험금의 지급사유) 제2항의 두 번째 암 진단비 계약이 무효가 된 경우, 계약자는 「첫 번째 암」의 진단확정일부터 90일 이내에 무효가 된 계약 이외의 계약을 취소할 수 있으며, 해당 계약은 그 때부터 효력이 없습니

다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 해당 계약의 보험료를 돌려 드립니다.

제30조 (계약내용의 변경 등)

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

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 적립보험료 등 기타 계약의 내용

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

<유의사항>

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

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제42조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 계약자가 보험수익자를 변경하지 않고 사망한 때에는 계약자 사망시점에 지정되어 있는 보험수익자의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 이후 그 승계인이 보험수익자를 변경할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

⑦ 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제31조 (보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제29조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2021년 4월 13일
⇒ 2021년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 32년 6개월 11일 = 33세

<계약해당일 계산 예시>

해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
계약일 : 2020년 2월 29일 ⇒ 계약해당일 : 2021년 2월 28일

제32조 (계약의 소멸)

① 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암 진단비(유사암 제외) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 암 진단비(유사암 제외) 계약은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 암 진단비(유사암 제외) 계약의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 2항에서 정한 두 번째 암 진단비 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 두 번째 암 진단비 계약은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 두 번째 암 진단비 계약의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 보장부분 책임준비금과 적립부분 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

<책임준비금>

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

④ 피보험자가 보험기간 중 「첫 번째 암」이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년인 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당시점의 두 번째 암 진단비 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다.

<최종 갱신종료일>

이 보장이 더이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 보험나이 100세 계약해당일을 말합니다.

제5관 보험료의 납입

제33조 (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, 회사

가 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. 제22조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제24조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제34조 (제2회 이후 보험료의 납입)

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

<납입기일>

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제35조 (보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제43조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제42조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

<자동대출납입>

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

<보험계약대출이율>

해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 이 계약의 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

제36조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)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 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드리며, 해지 전에 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 계약을 해지하지 않고 차회 이후의 보험료 납입을 면제해 드립니다.

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

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

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제42조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 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 보험료에 평균공시이율+1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제22조(계약 전 알릴 의무), 제24조(알릴 의무 위반의 효과), 제25조(사기에 의한 계약), 제26조(보험계약의 성립) 및 제33조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 단, 제5조(보험료 납입면제) 제1항 제1호의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)

일을 보험계약일로 하여 제5조(보험료 납입면제) 제2항을 적용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제22조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제24조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제38조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제30조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

<강제집행과 담보권실행>

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

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

· 추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차 없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정

· 전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

<국세 및 지방세 체납처분 절차>

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

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.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제39조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제42조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제29조(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 해지환급금이 있을 때에는 제42조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제39조의 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 제42조(해지환급금) 제6항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제40조 (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 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

<이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급>

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제42조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제41조 (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 제42조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제42조 (해지환급금)

① 이 약관에 따른 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합

니다. 이 때 적립부분 순보험료에 대하여는 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율을 적용하고, 제16조(환급금의 중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 적립부분 책임준비금에서 중도인출한 금액을 차감하여 계산합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제15조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용합니다. 단, 최저보증이율은 연단위 복리 0.25%로 합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산([별표1] 참조)에 따릅니다.

③ 제16조(환급금의 중도인출) 제1항에 따라 환급금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 해지환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.

④ 제30조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 적립보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 해지환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑥ 제39조의 2 (위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제43조 (보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제44조 (배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제45조 (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.

제46조 (관할법원)

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

제47조 (소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

<소멸시효>
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2021년 4월 1일에 발생하였음에도 2024년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제48조 (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.

제49조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

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

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

<보험안내자료>
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제50조 (회사의 손해배상책임)

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

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

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

제51조 (개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제52조 (준거법)

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

제53조 (예금보험에 의한 지급보장)

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

<예금자보호제도>

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 예금자보호한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1명당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

특 별 약 관

※ 특별약관은 계약자의 선택에 의하여 가입이 가능하며, 선택한 특별약관의 보험료를 납입한 경우에 한하여 해당 특별약관의 내용을 적용합니다.

1. 질병 관련 특별약관

1-1. 질병 사망 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 질병으로 사망한 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (보험료 납입면제)
① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제4조 (특별약관의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험

금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-2. 질병 후유장해(80%이상)특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 결과로써 장해분류표([별표2] 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 후유장해(80%이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 질병 후유장해(80%이상) 보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 질병 후유장해(80%이상) 보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병 후유장해(80%이상) 보험금에서 이미 지급받은 질병 후유장해(80%이상) 보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 질병 후유장해(80%이상) 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 질병 후유장해(80%이상) 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의

동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 질병 후유장해(80%이상) 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 질병 후유장해(80%이상) 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 후유장해(80%이상) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-3. 암 사망 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 직접적인 원인으로 사망한 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 사망 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



※ 단,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-4. 암 진단 생활자금(유사암 제외)(5년월지급형) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 암 진단 생활자금(유사암 제외)(5년월지급형)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

④ 보험수익자가 암 진단 생활자금(유사암 제외)(5년월지급형)을 일시에 지급받고자

요청한 때에는 회사는 평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

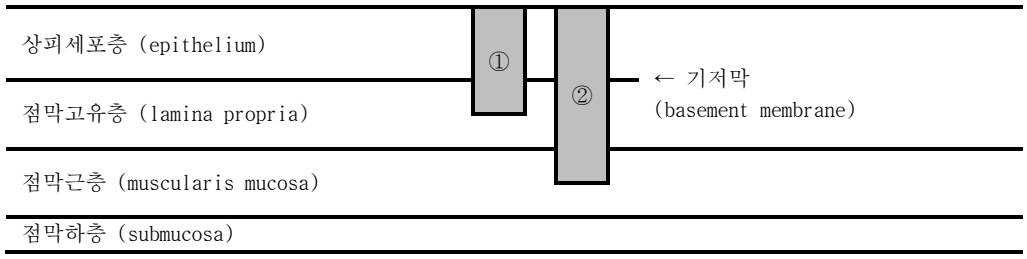
① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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

<대장점막내암 예시>



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 진단 생활자금(유사암 제외)(5년월지급형)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약

자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

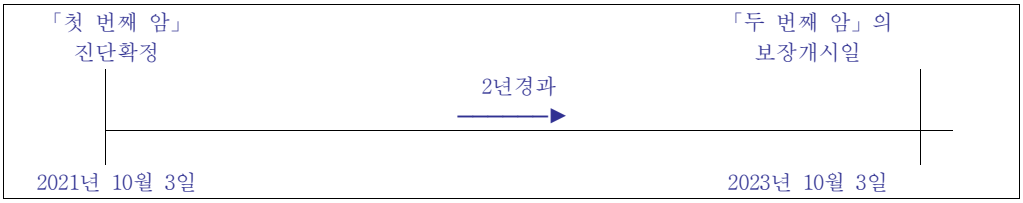
1-5. 두 번째 암 진단 생활자금(5년월지급형) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「두 번째 암」(「기타피부암」,「갑상선암」 및「대장점막내암」 제외)(이하 「두 번째 암」이라 합니다)으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 두 번째 암 진단 생활자금(5년월지급형)으로 보험수익자에게 지급합니다.

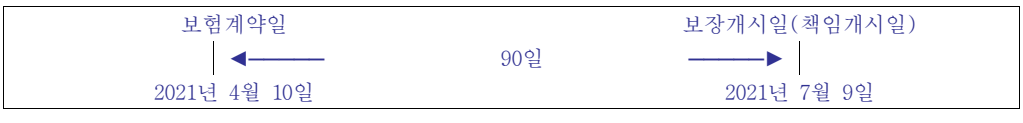
② 제1항의 경우「두 번째 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제3항에서 정한「첫 번째 암 보장개시일」이후 최초로 발생한「암」(「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」제외)(이하 「첫 번째 암」이라 합니다)의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날로 합니다.

<「두 번째 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



③ 제2항에서「첫 번째 암 보장개시일」이라 함은 이 특별약관의 보험계약일(이하「첫 번째 암 보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「첫 번째 암 보장개시일」계산 예시>



④ 제3항에도 불구하고 갱신전 계약의 보험기간 중 「첫 번째 암」으로 진단확정되지

않은 경우 갱신계약의 「첫 번째 암 보장개시일」은 이 특별약관의 갱신일로 합니다. 다만, 제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복) 되는 경우에는 제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복)) 제2항을 따릅니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「두 번째 암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제11조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

④ 보험수익자가 두 번째 암 진단 생활자금(5년월지급형)을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

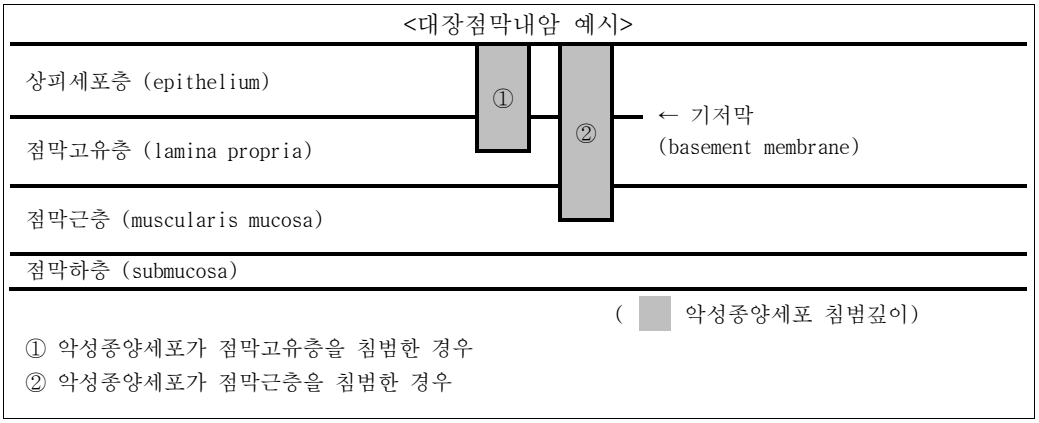
제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (두 번째 암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「두 번째 암」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「두 번째 암」에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 「암」을 말합니다. 다만, 「기타피부암」,「갑상선암」 및 「대장점막내암」은 제외합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

② 제1항 제1호의 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫 번째 암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」 (이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 제2호의 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

④ 제1항 제3호의 「재발암」이란 「첫 번째 암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫 번째

암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫 번째 암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호의 「잔여암」이란 「암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」진단 부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「두 번째 암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「두 번째 암」으로 진단 또는 치료(암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

제5조 (항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

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

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에「암」의 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 「첫 번째 암」의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다) 내에 제4조(두 번째 암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호 내지 제4호의 「두 번째 암」으로 진단확정된 경우에는 두 번째 암 진단 생활자금(5년월지급형)을 지급하지 않습니다.

제9조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 두 번째 암 진단 생활자금을 청구할 때마다 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 조직검사결과지, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「첫 번째 암 보장개시일」 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한「첫 번째 암 보장개시일」 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 두 번째 암 진단 생활자금(5년월지급형)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중 「첫 번째 암」이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년인 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당시점의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

<최종 갱신종료일>
이 특별약관이 더이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 보험나이 100세 계약해당일을 말합니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복) 하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 「첫 번째 암」으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 「보험계약일」로 하여 제1조(보험금의 지급사

유) 제2항 및 제3항을 적용합니다.

2. 이 특별약관이 해지되기 전에 「첫 번째 암」으로 진단확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 「첫 번째 암」의 진단확정일로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제13조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-6. 암 원인 장애 생활자금(5년월지급형) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 이를 직접적인 원인으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조에서 정한 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성 장애, 정신장애, 뇌전증장애 제외)가 보험기간 중에 발생하고, 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간 장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인을 말합니다. [별표3.1]장애의 종류 및 기준에 따른 장애인 및 [별표3.2]장애인의 장애 정도 참조. 이하「장애인」이라 합니다)이 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 암 원인 장애 생활자금(5년월지급형)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



※ 단,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애상태가 발생하였지만 보험기간 내 판정을 받지 못한 경우 보건복지부「장애정도 판정기준」에 정한 장애판정 시기([별표3.3]장애유형별 장애진단시기 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의

진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장애정도 판정기준」 이「장애인복지법」및「장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애정도 판정시점의 기준을 적용합니다.

③ 제3항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애정도 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애정도 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애정도 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

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

⑤ 보험수익자가 암 원인 장애 생활자금(5년월지급형)을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면

제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자의 선천적기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병

<용어해설>

'선천적 질환'이란 출생시의 신체적 기형 · 감각 이상 · 대사이상 · 신경발달학적 이상 · 유전적 결함 및 이로 인해 발생한 질환 등을 의미합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 장애인등록증
3. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 소견서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 장애정도 심사용 진단서
6. 장애정도결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다)
7. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

③ 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

④ 제1항 제6호의 장애정도결정서는 "장애인 복지법 시행규칙" 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애 정도의 조정), 제7조(장애 상태 확인)에 의한 장애정도 심사규정 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

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

액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정함 암 원인 장애 생활자금(5년월지급형)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-7. 암 원인 심한장애 생활자금(5년월지급형) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 이를 직접적인 원인으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조에서 정한 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애,

안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 장애의 정도가 심한 장애에 해당되는([별표3.2]장애인의 장애 정도 참조) 하나 이상의 장애(단, 자폐성 장애, 정신장애, 뇌전증장애 제외)가 보험기간 중에 발생하고, 장애의 정도가 심한 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간 장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인을 말합니다. [별표3.1]장애의 종류 및 기준에 따른 장애인 및 [별표3.2]장애인의 장애 정도 참조. 이하「심한 장애인」이라 합니다)이 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 암 원인 심한장애 생활자금(5년월지급형)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



※ 단,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애상태가 발생하였지만 보험기간 내 판정을 받지 못한 경우 보건복지부「장애정도 판정기준」에 정한 장애판정 시기([별표3.3]장애유형별 장애진단시기 참조)에 심한 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애정도([별표3.4]중복장애의 판정기준 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장애정도 판정기준」 이「장애인복지법」및「장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애정도 판정시점의 기준을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애정도 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애정도 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애정도 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 보험수익자가 암 원인 심한장애 생활자금(5년월지급형)을 일시에 지급받고자 요청

한 때에는 회사는 평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자의 선천적기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병

<용어해설>

'선천적 질환'이란 출생시의 신체적 기형 · 감각 이상 · 대사이상 · 신경발달학적 이상 · 유전적 결함 및 이로 인해 발생한 질환 등을 의미합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 장애인등록증
3. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 소견서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 장애 정도 심사용 진단서
6. 장애정도결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다)
7. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

③ 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

④ 제1항 제6호의 장애정도결정서는 "장애인 복지법 시행규칙" 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애 정도의 조정), 제7조(장애 상태 확인)에 의한 장애정도 심사규정 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은

그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 원인 심한장애 생활자금(5년월지급형)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-8. 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「특정소액암」,「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「특정소액암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 아래에 해당하는 질병을 말합니다.

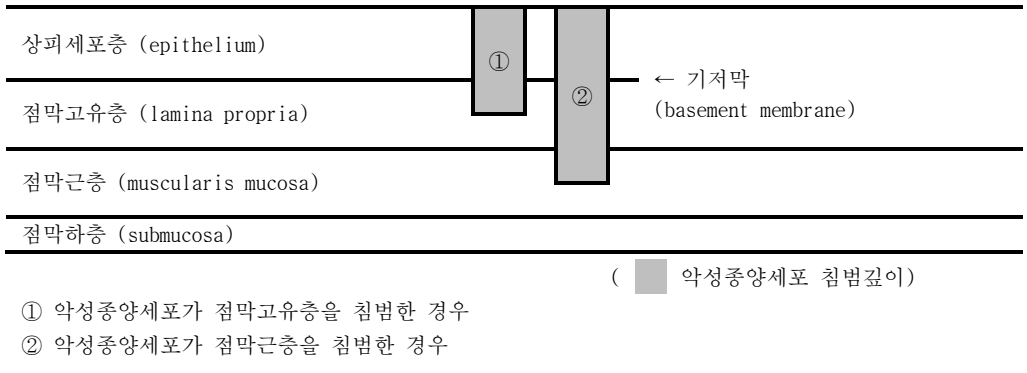
대상이 되는 질병	분류번호
(1) 유방의 악성신생물(암)	C50
(2) 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
(3) 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
(4) 전립선의 악성신생물(암)	C61
(5) 방광의 악성신생물(암)	C67

③ 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑥ 「암」,「특정소액암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「특정소액암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는

바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-9. 유사암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」(이하「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되었을 때에는「유사암」 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
기타피부암 진단시 갑상선암 진단시 대장점막내암 진단시 제자리암 진단시 경계성종양 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

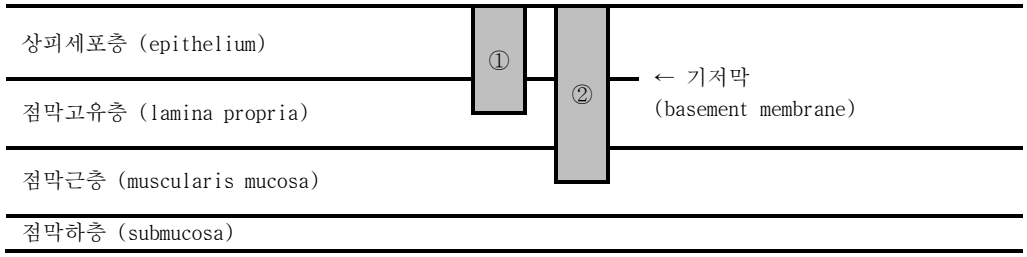
제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

④ 「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】
C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」및 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한「제자리암」,「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암 진단비를 각 1회씩 총 5회 지급받은 경우 최종 손해 보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약

자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-10. 유사암(90일면책) 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되었을 때에는「유사암」 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암(90일면책) 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
기타피부암 진단시 갑상선암 진단시 대장점막내암 진단시 제자리암 진단시 경계성종양 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항

에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

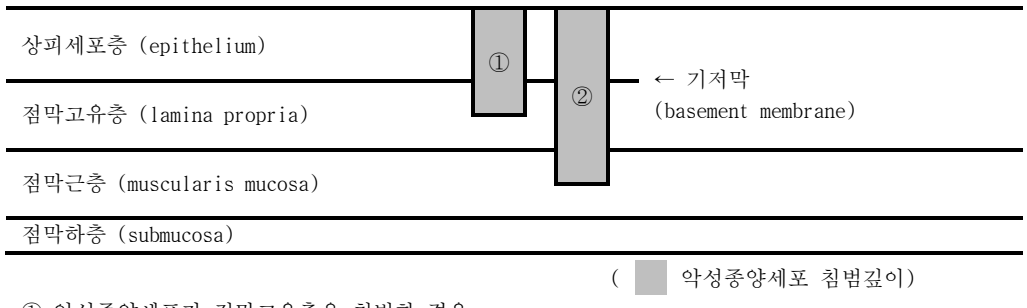
제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

④ 「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 >

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 유사암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 및 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 유사암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 유사암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 및 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의

및 진단확정)에서 정한 유사암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」및 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한「제자리암」,「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암(90일면책) 진단비를 각 1회씩 총 5회 지급받은 경우 최종 손해 보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은은 제외합니다.

1-11. 10대 주요암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「10대 주요암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 10대 주요암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「10대 주요암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (10대 주요암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「10대 주요암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중「식도의 악성신생물」,「간 및 간내 담관의 악성신생물」,「담낭의 악성신생물」,「담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물」,「췌장의 악성신생물」,「기관의 악성신생물」,「기관지 및 폐의 악성신생물」,「골 및 관절연골의 악성신생물」,「뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물」,「림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물」([별표-질병관련4] 10대 주요암 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「10대 주요암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 10대 주요암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 10대 주요암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(10대 주요암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 10대 주요암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 10대 주요암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(10대 주요암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 10대 주요암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대 주요암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-12. 재진단암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「재진단암」(「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」및「대장점막내암」 제외)(이하 「재진단암」이라 합니다)으로 진단확정되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 재진단암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「재진단암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 다음 각 호를 따릅니다.

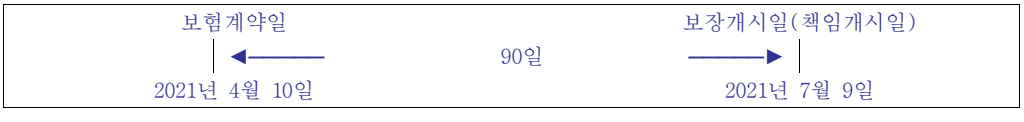
1. 첫 번째「재진단암」: 제3항에서 정한「최초암 보장개시일」이후 최초로 발생한「암」(「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」제외)(이하 「최초암」이라 합니다)의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후「재진단암」: 직전「재진단암」진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

<「재진단암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



③ 제2항 제1호에서「최초암 보장개시일」이라 함은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「최초암 보장개시일」계산 예시>



④ 제3항에도 불구하고 갱신전 계약의 보험기간 중 「최초암」으로 진단확정되지 않은 경우 갱신계약의 「최초암 보장개시일」은 이 특별약관의 갱신일로 합니다. 다만, 제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 따라 부활

(효력회복) 되는 경우에는 제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복)) 제2항을 따릅니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「재진단암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만,제11조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

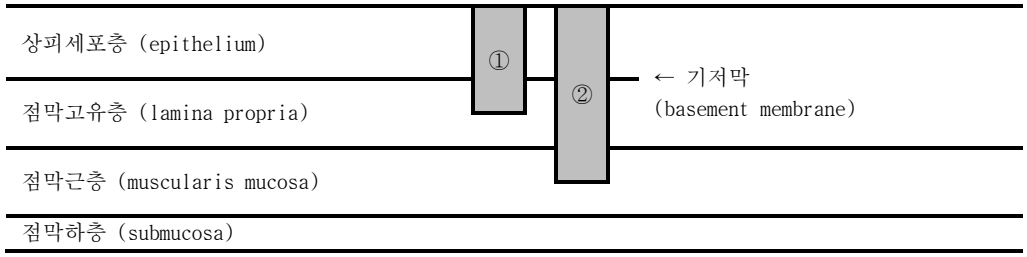
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「전립선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑥ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (재진단암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「재진단암」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 「암」을 말합니다. 다만, 「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」및「대장점막내암」은 제외합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

② 제1항 제1호의 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「최초암」 또는 「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」 (이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 제2호의 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

④ 제1항 제3호의 「재발암」이란 「최초암」또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성 (Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「최초암」또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「최초암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

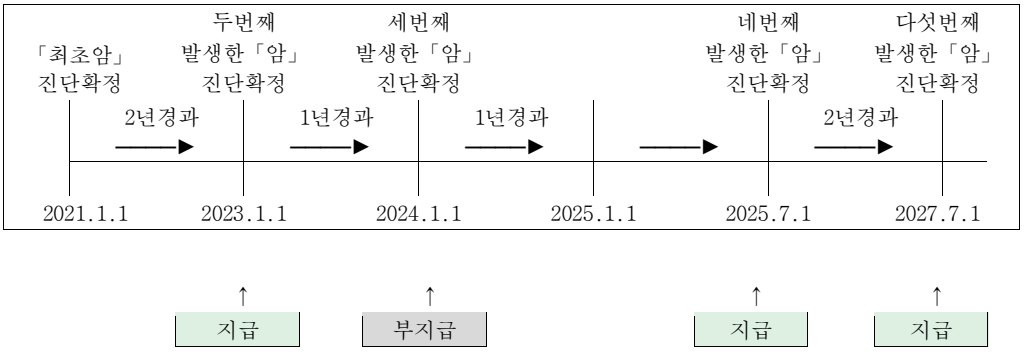
⑤ 제1항 제4호의 「잔여암」이란 「암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대

한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

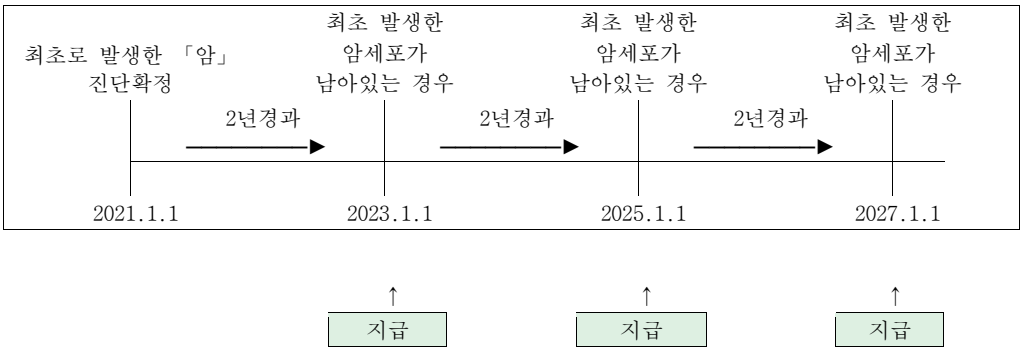
<「재진단암」보장 예시1 : 새로운 원발암, 전이암, 재발암>

새로운 원발암, 전이암, 재발암으로 진단확정되었을 경우
(「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」및「대장점막내암」 제외)



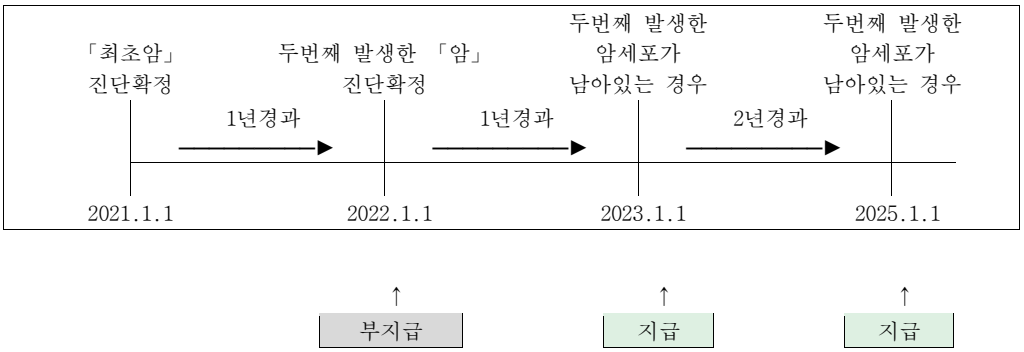
<「재진단암」보장 예시2 : 잔여암>

최초로 발생한「암」(「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」및「대장점막내암」 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우



<「재진단암」보장 예시3 : 잔여암>

보장개시일 이후 발생한「암」(「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」및「대장점막내암」 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우



제5조 (항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

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

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에「암」의 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는「최초암」의 진단확정일 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 「재진단암」의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다) 내에 제4조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호 내지 제4호의 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정된 경우에는 재진단암 진단비를 지급하지 않습니다.

제9조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 재진단암 진단비를 청구할 때마다 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 조직검사결과지, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「최초암 보장개시일」 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」(「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」제외)으로 진단확정되는 경우. 다만, 제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한「최초암 보장개시일」 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」(「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」제외)으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

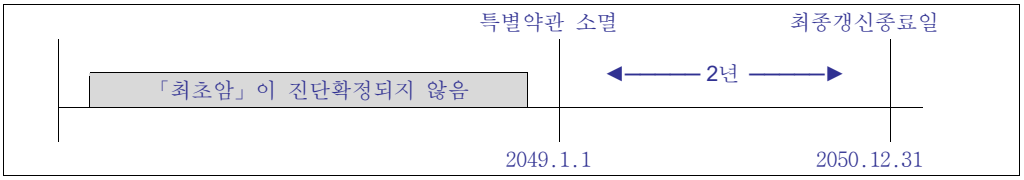
② 피보험자가 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당시점의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

1. 「최초암」이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년인 경우
2. 「재진단암」진단확정 시점에 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

<최종 갱신종료일>
이 특별약관이 더이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 보험나이 100세 계약해당일을 말합니다.

<제11조(특별약관의 소멸) 제2항에 따른 특별약관의 소멸 예시>

1. 「최초암」이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년인 경우



2.「재진단암」진단확정 시점에 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우



제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복) 하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 「최초암」으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 「보험계약일」로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 및 제3항을 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 「최초암」또는「재진단암」으로 진단확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제13조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-13. 특정소액암(4기) 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「특정소액암(4기)」으로 진단 확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 특정소액암(4기) 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「특정소액암(4기)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관

의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「특정소액암(4기)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「특정소액암(4기)」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인 된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임 준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (특정소액암(4기)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정소액암(4기)」이라 함은 제2항과 제3항에 따라 「특정소액암」이면서 「4기암」에 해당되는 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「특정소액암」이라 함은 아래의 악성신생물(암)으로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류기준은 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

③ 이 특별약관에서「4기암」이라 함은 아래에 해당하는 경우를 말합니다.

1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제 8판 TNM 병기분류상「Stage4」에 해당하는 경우
2. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 TNM 병기분류상 「Stage4」에 준하는 단계라고 진단받은 경우
3. 「4기암」을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여「4기암」여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로「4기암」을 판단할 수 있습니다.
4. 제1호 및 제2호의 병기분류가 증상별 병기 판단기준 개정 등의 사유로 변경된 경우에는 변경된 병기분류에 따라 적용합니다.

5. 제4호에도 불구하고 의학의 발전, 관련 학술기구·국제기구의 변경(해체 포함), 법령의 변경 등으로 병기분류체계가 변경되어 제1호 및 제2호의 병기분류를 지속적으로 적용하기 어려운 경우에는 회사가 새로운 병기분류체계에서 이 특별약관의「4기암」에 해당하는 병기 혹은 그 판단기준(이하「변경된 판단기준」이라 합니다)을 정합니다.
6. 제5호에 따라「4기암」의「변경된 판단기준」을 실시하고자 하는 경우에는 그 변경내용에 대하여 변경적용일 30일 이전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여야 합니다. 다만, 안내한 날로부터 30일이 지나는 동안 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 변경적용일로부터「변경된 판단기준」이 적용되는 것으로 합니다.
7. 계약자가「4기암」의「변경된 판단기준」에 따르는 것을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 해당 보장은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 「특정소액암(4기)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「특정소액암(4기)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 조직병리검사결과지, CT, MRI, PET CT 검사결과지, 제3조(특정소액암(4기)의 정의 및 진단확정)에서 인정되는 해당 질병을 판단할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우 에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 특정소액암(4기)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(특정소액암(4기)의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 특정소액암(4기)으로 진단확정되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 특정소액암(4기)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(특정소액암(4기)의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 특정소액암(4기)으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정소액암(4기) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하

여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-14. 특정유사암(4기) 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정유사암(4기)」으로 진단 확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 특정유사암(4기) 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「특정유사암(4기)」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인 된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임 준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (특정유사암(4기)의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 「특정유사암(4기)」이라 함은 제2항과 제3항에 따라 「특정유사암」이면서 「4기암」에 해당되는 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「특정유사암」이라 함은 아래의 악성신생물(암)으로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류기준은 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상이 되는 질병	분류번호
(1) 기타 피부의 악성신생물(암)	C44
(2) 갑상선의 악성신생물(암)	C73

③ 이 특별약관에서「4기암」이라 함은 아래에 해당하는 경우를 말합니다.

1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제 8판 TNM 병기분류상「Stage4」에 해당하는 경우
2. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 TNM 병기분류상 「Stage4」에

준하는 단계라고 진단받은 경우

3. 「4기암」을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여「4기암」여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로「4기암」을 판단할 수 있습니다.
4. 제1호 및 제2호의 병기분류가 증상별 병기 판단기준 개정 등의 사유로 변경된 경우에는 변경된 병기분류에 따라 적용합니다.
5. 제4호에도 불구하고 의학의 발전, 관련 학술기구·국제기구의 변경(해체 포함), 법령의 변경 등으로 병기분류체계가 변경되어 제1호 및 제2호의 병기분류를 지속적으로 적용하기 어려운 경우에는 회사가 새로운 병기분류체계에서 이 특별약관의「4기암」에 해당하는 병기 혹은 그 판단기준(이하「변경된 판단기준」이라 합니다)을 정합니다.
6. 제5호에 따라「4기암」의「변경된 판단기준」을 실시하고자 하는 경우에는 그 변경내용에 대하여 변경적용일 30일 이전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여야 합니다. 다만, 안내한 날로부터 30일이 지나는 동안 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 변경적용일로부터「변경된 판단기준」이 적용되는 것으로 합니다.
7. 계약자가「4기암」의「변경된 판단기준」에 따르는 것을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 해당 보장은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 「특정유사암(4기)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「특정유사암(4기)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 조직병리검사결과지, CT, MRI, PET CT 검사결과지, 제3조(특정유사암(4기)의 정의 및 진단확정)에서 인정되는 해당 질병을 판단할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우 에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정유사암(4기) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-15. 중대한 암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「중대한 암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「중대한 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「중대한 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「중대한 암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (중대한 암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「중대한 암」이라 함은 [별표-질병관련5] 중대한 암의 정의에서 정한 질병을 말합니다.

② 「중대한 암」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「중대한 암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 「중대한 암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「중대한 암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 중대한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(중대한 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 중대한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 중대한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(중대한 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 중대한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한 암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-16. 소액치료비암 및 유사암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「소액치료비암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 소액치료비암 및 유사암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「소액치료비암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (소액치료비암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서「소액치료비암」이라 함은 다음 각 호의 규정에 해당하는「초기악성흑색종」,「초기전립선암」을 말합니다.

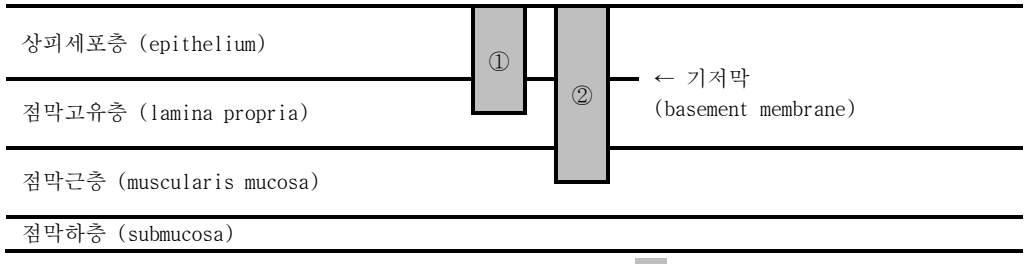
1. 「초기악성흑색종」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C43(피부의 악성흑색종)에 해당하는 악성흑색종(Melanoma) 중에서 침범정도가 낮은(Breslow 분류법상 그 깊이가 1.5㎜ 이하인 경우) 경우를 말합니다.
2. 「초기전립선암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 전립선의 악성신생물 중에서 Modified Jewett 병기분류상 stage B0 이하 또는 1992년 TNM 병기상 T1c 이하인 모든 전립선암을 말합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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

<대장점막내암 예시>



(악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「소액치료비암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「소액치료비암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 >

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(소액치료비암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또

는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제3조(소액치료비암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한「소액치료비암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」 및 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한「제자리암」,「경계성종양」으로 각각 진단받아 소액치료비암 및 유사암 진단비를 각 1회씩 총 6회 지급받은 경우 최종 손해 보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-17. 위암 및 식도암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「위암 및 식도

암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 위암 및 식도암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「위암 및 식도암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「위암 및 식도암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「위암 및 식도암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (「위암 및 식도암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「위암 및 식도암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중 「위암 및 식도암」([별표-질병관련6] 위암 및 식도암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「위암 및 식도암」에 대한 진단은 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ 「위암 및 식도암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가「위암 및 식도암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의

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

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「위암 및 식도암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「위암 및 식도암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「위암 및 식도암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「위암 및 식도암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「위암 및 식도암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「위암 및 식도암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 위암 및 식도암 진단비를 지급한 때에

는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-18. 대장암 및 소장암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「대장암 및 소장암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 대장암 및 소장암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「대장암 및 소장암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「대장암 및 소장암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「대장암 및 소장암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따

른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

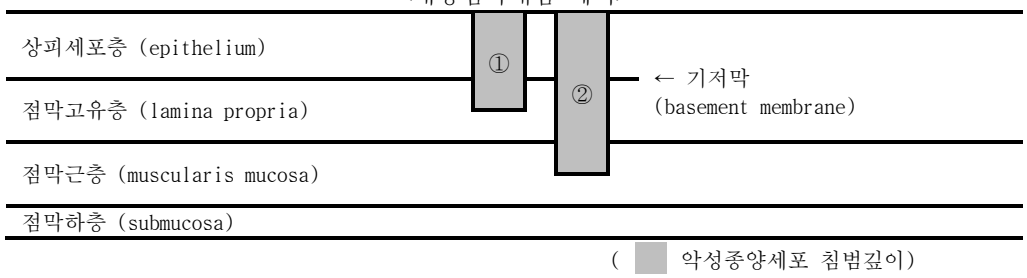
제3조 (「대장암 및 소장암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대장암 및 소장암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중 [별표-질병관련7] 대장암 및 소장암 분류표에서 정한 질병 및 「대장점막내암」을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「대장암 및 소장암」에 대한 진단은 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ 이 특별약관에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

④ 「대장암 및 소장암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가 「대장암 및 소장암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면

제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「대장암 및 소장암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「대장암 및 소장암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「대장암 및 소장암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「대장암 및 소장암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「대장암 및 소장암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「대장암 및 소장암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대장암 및 소장암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하

여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-19. 폐암 및 후두암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「폐암 및 후두암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 폐암 및 후두암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「폐암 및 후두암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「폐암 및 후두암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「폐암 및 후두암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (「폐암 및 후두암」의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 「폐암 및 후두암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중 「폐암 및 후두암」([별표-질병관련8] 폐암 및 후두암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암

(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「폐암 및 후두암」에 대한 진단은 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ 「폐암 및 후두암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가 「폐암 및 후두암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「폐암 및 후두암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「폐암 및 후두암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「폐암 및 후두암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력

회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「폐암 및 후두암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「폐암 및 후두암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「폐암 및 후두암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 폐암 및 후두암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-20. 간 · 담낭 · 담도암 및 췌장암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「간 · 담낭 · 담도암 및 췌장암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 간 · 담낭 · 담도암 및 췌장암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「간 · 담낭 · 담도암 및 췌장암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「간·담낭·담도암 및 췌장암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「간·담낭·담도암 및 췌장암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (「간·담낭·담도암 및 췌장암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「간·담낭·담도암 및 췌장암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중 「간·담낭·담도암 및 췌장암」([별표-질병관련9] 간·담낭·담도암 및 췌장암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「간·담낭·담도암 및 췌장암」에 대한 진단은 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ 「간·담낭·담도암 및 췌장암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가 「간·담낭·담도암 및 췌장암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
   1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
   2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「간·담낭·담도암 및 췌장암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「간·담낭·담도암 및 췌장암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「간·담낭·담도암 및 췌장암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「간·담낭·담도암 및 췌장암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「간·담낭·담도암 및 췌장암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「간·담낭·담도암 및 췌장암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간·담낭·담도암 및 췌장암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-21. 유방암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「유방암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 유방암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「유방암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「유방암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「유방암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (「유방암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「유방암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중「유방암」([별표-질병관련10] 유방암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「유방암」에 대한 진단은 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ 「유방암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가 「유방암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 유방암에

대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「유방암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 유방암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 유방암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「유방암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 유방암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-22. 여성생식기암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「여성생식기암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 여성생식기암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「여성생식기암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「여성생식기암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「여성생식기암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (「여성생식기암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「여성생식기암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중「여성생식기암」([별표-질병관련11] 여성생식기암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「여성생식기암」에 대한 진단은 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ 「여성생식기암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가「여성생식기암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
   1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
   2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 여성생식기암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「여성생식기암」 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 여성생식기암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 여성생식기암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「여성생식기암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 여성생식기암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성생식기암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하

여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-23. 남성생식기암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「남성생식기암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 남성생식기암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「남성생식기암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「남성생식기암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「남성생식기암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (「남성생식기암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「남성생식기암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중 「남성생식기암」([별표-질병관련12] 남성생식기암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상

태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「남성생식기암」에 대한 진단은 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ 「남성생식기암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가「남성생식기암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 남성생식기암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「남성생식기암」 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 남성생식기암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여

부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 남성생식기암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「남성생식기암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 남성생식기암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 남성생식기암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-24. 비뇨기관암 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「비뇨기관암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 비뇨기관암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「비뇨기관암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「비뇨기관암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「비뇨기관암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (「비뇨기관암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「비뇨기관암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중 「비뇨기관암」([별표-질병관련13]비뇨기관암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「비뇨기관암」에 대한 진단은 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ 「비뇨기관암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가「비뇨기관암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
   1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
   2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 비뇨기관암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「비뇨기관암」 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 비뇨기관암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 비뇨기관암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「비뇨기관암」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 비뇨기관암으로 진단확정 되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 비뇨기관암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하

여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-25. 간염(B,C형) 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「간염(B,C형)」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 간염(B,C형) 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
간염(B,C형) 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「간염(B,C형)」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만,제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (간염(B,C형)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「간염(B,C형)」이라 함은 한국표준질병 사인분류에 있어 [별표-질병관련14] 간염(B,C형) 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「간염(B,C형)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「간염(B,C형)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 간염 혈청검사 결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일 이전에 이미 제3조(간염(B,C형)의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「간염(B,C형)」의 보균자로 확인된 경우

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간염(B,C형) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약

자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-26. 간경변 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「간경변」으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 간경변 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
간경변 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「간경변」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인 된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하 여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임 준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (간경변의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서「간경변」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련15] 간경변 분류표에서 정한 질병을 말합니다.
② 제1항의「간경변」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「간경변」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (보험료 납입면제)
① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면

제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 복부초음파, 심초음파, CT, MRI, 간섬유화스캔(Fibroscan), Child-Pugh score, 조직검사 결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간경변 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-27. 갑상선기능항진증 치료비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「갑상선기능항진증」으로 진단확정되고 「갑상선기능항진증 치료」를

받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 갑상선기능항진증 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
갑상선기능항진증으로 진단확정되고, 갑상선기능항진증 치료를 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (갑상선기능항진증 및 갑상선기능항진증 치료의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「갑상선기능항진증 」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련16] 갑상선기능항진증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의「갑상선기능항진증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 갑상선 자극 호르몬(TSH) 검사, 유리 싸이록신(free T_4) 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「갑상선기능항진증 」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

③ 「갑상선기능항진증 치료」라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 갑상선절제술에 해당하는 수술을 받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 「갑상선절제술」이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는「갑상선엽 전절제술(Total Thyroidectomy)」및「갑상선엽 아전절제술(Subotal Thyroidectomy)」을 말합니다.
2. 방사선요오드 치료를 받은 경우
3. 항갑상선제를 60일이상 처방받은 경우

※ 방사선요오드 치료 : 주성분이 요오드화 나트륨에 해당하는 치료
※ 항갑상선제 : 주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole에 해당하는 약제

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「갑상선기능항진증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「갑상선기능항진증」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 수술

기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능항진증 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-28. 갑상선기능저하증 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「갑상선기능저하증」으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 갑상선기능저하증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
갑상선기능저하증 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (갑상선기능저하증의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서「갑상선기능저하증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련17] 갑상선기능저하증 분류표에서 정한 질병을 말하며, 선천성 요오드결핍증후군 및 선천성 갑상선기능저하증은 포함하지 않습니다.

② 「갑상선기능저하증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 갑상선 자극 호르몬(TSH) 검사, 유리 싸이록신(free T_4) 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선기능저하증」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 또한 회사가 「갑상선기능저하증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (보험료 납입면제)
① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료

납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능저하증 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-29. 위 · 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 진단비(연간1회한) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「위 · 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립」으로 진단 확정되었을 때에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 위 · 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립이 발생한 부위, 개수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
위 · 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (위 · 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련18] 위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 분류표에서 정한 질병을 말합니다.
② 「 위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「 위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-30. 2대주요기관 양성종양 진단비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「2대주요기관 양성종양」로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 2대주요기관 양성종양 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
2대주요기관 양성종양 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (2대주요기관 양성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대주요기관 양성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련19] 2대주요기관 양성종양 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의「2대주요기관 양성종양」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 2대주요기관 양성종양의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2대주요기관 양성종양 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-31. 암 급여 MRI 촬영검사비용지원(연간1회한) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제5조(「급여 MRI 촬영」의 정의)에서 정한 급여 MRI촬영을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 급여 MRI 촬영검사비용지원(연간1회한) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암 급여 MRI 촬영 시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

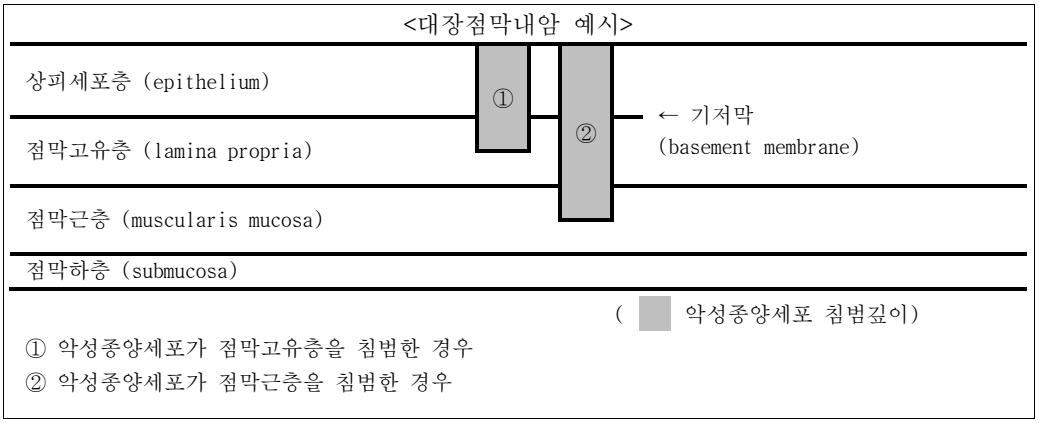
제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (「급여 MRI 촬영」의 정의)

① 이 특별약관에서「급여 MRI 촬영」라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

【용어풀이】
· 자기공명영상(MRI) : 강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

② 제1항의「급여 MRI 촬영」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상 진단 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「급여 MRI 촬영」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), MRI 촬영목적이 기재된 소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-32. 암 최초수술비(유사암 제외) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단 확정되고 그「암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 최초수술비(유사암 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 최초수술비(유사암 제외)가 지급되지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

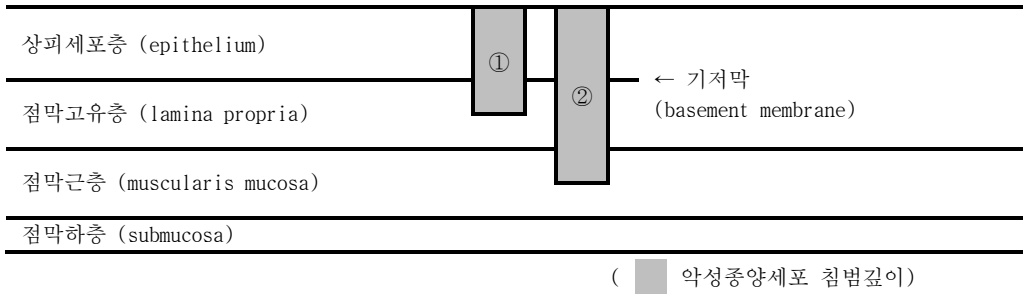
① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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

<대장점막내암 예시>



(악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합

니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 암 최초수술비(유사암 제외) 지급사유에 해당되면 암 최초수술비(유사암 제외)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경

우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 최초수술비(유사암 제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

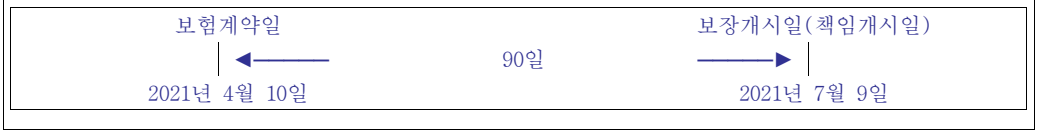
1-33. 암 수술비(유사암 제외) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단 확정되고 그「암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 수술비(유사암 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비(유사암 제외)가 지급되지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」 또는 「 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

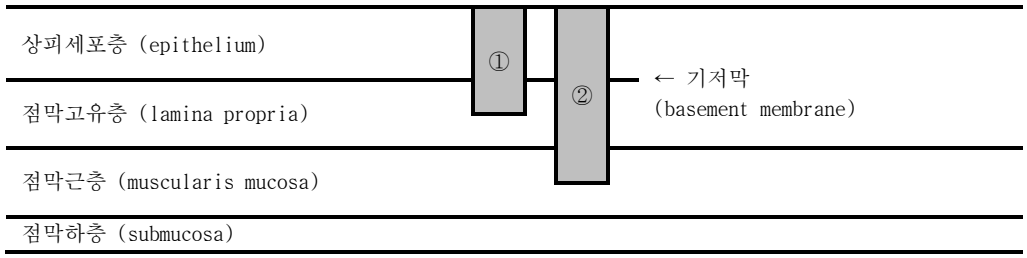
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층

(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



(악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에「암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 암(유사암 제외) 수술비 지급사유에 해당되면 암(유사암 제외) 수술비를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따

라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-34. 유사암 최초수술비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하「유사암」이라 합니다)으로 진단 확정되고 그「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암 최초수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

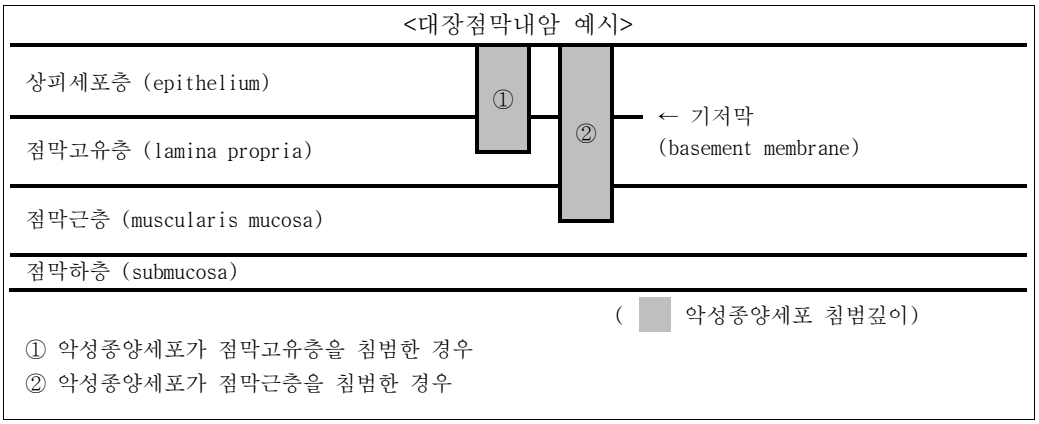
② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 유사암 최초수술비가 지급되지 않습니다.

제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



④ 「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가

있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「유사암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 유사암 최초수술비 지급사유에 해당되면 유사암 최초수술비를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제6조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유사암 최초수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-35. 유사암 수술비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

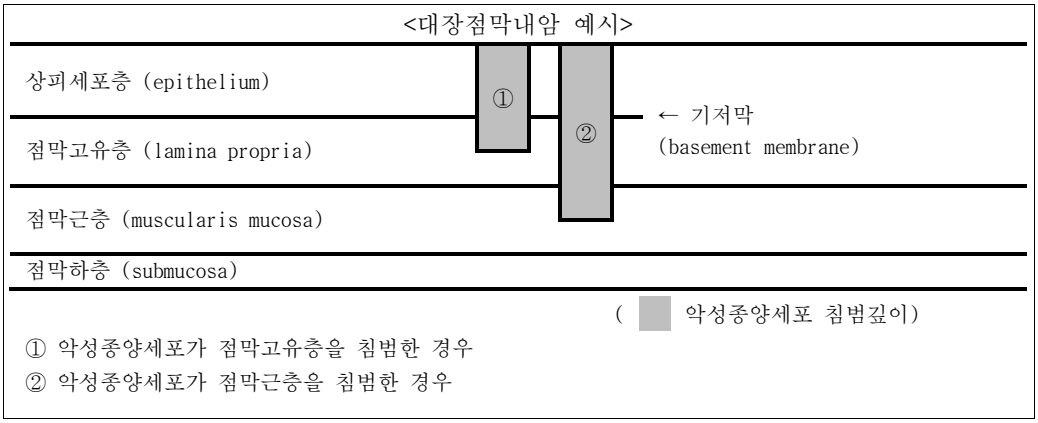
회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하「유사암」이라 합니다)으로 진단 확정되고 그「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 유사암 수술비가 지급되지 않습니다.

제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



④ 「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「유사암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료

   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 유사암 수술비 지급사유에 해당되면 유사암 수술비를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제6조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-36. 암 다빈치로봇 수술비 특별약관

제1조 (보장의 범위)

① 이 특별약관은「암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비」및「특정암 다빈치로봇 수술비」세부보장으로 구성되어 있습니다.

② 이 특별약관에서「특정암 」은 제3조 (「암(특정암 제외)」 및「특정암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 전립선암 및 갑상선암을 의미합니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

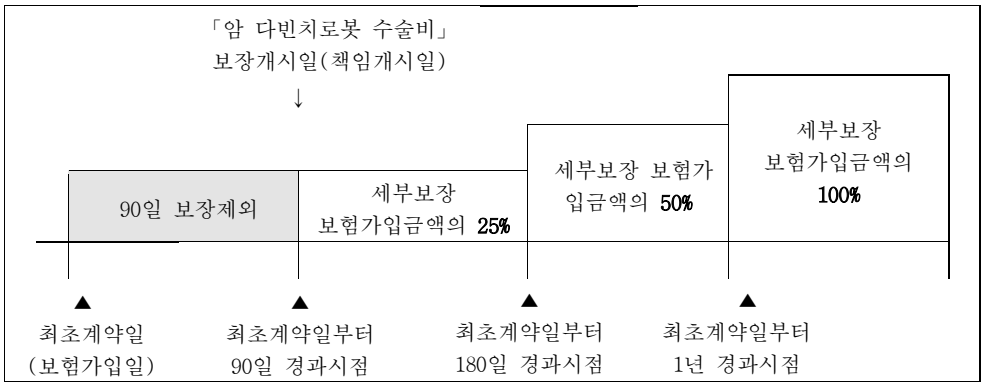
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암(특정암 제외)」으로 진단 확정되고, 그 「암(특정암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 수술」을 받은 경우에는 최초1회에 한하여 아래에 정한 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약			갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 180일미만	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)	
암(특정암 제외)다빈치로봇 수술 시	해당 세부보장 보험가입금액의 25%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「특정암」으로 진단 확정되고, 그 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 수술」을 받은 경우에는 최초1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 특정암 다빈치로봇 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약			갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 180일미만	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)	
특정암 다빈치로봇 수술 시	해당 세부보장 보험가입금액의 25%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

<암 다빈치로봇 수술비 지급금액 예시표>



③ 제1항 내지 제2항의 경우 「암(특정암 제외)」 및 「특정암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암(특정암제외)」 및 「특정암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (「암(특정암 제외)」 및「특정암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「전립선암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」및「갑상선암」을 말하며,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서「전립선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 「암(특정암 제외)」,「전립선암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(특정암 제외)」,「전립선암」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (「다빈치로봇 수술」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「다빈치로봇 수술」이라 함은「암(특정암 제외)」또는「특정

암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기da Vinciⓡ	QZ961

【용어풀이】

· 다빈치로봇 수술 : 다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「다빈치로봇 수술」 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관의 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제6조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제10조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 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 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조 (특별약관의 무효)

① 보통약관 제29조(계약의 무효)에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암(특정암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「암(특정암 제외)」 및「특정암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(특정암 제외)으로 진단확정되는 경우 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암(특정암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「암(특정암 제외)」 및「특정암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(특정암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비 세부보장의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

③ 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「암(특정암 제외)」 및「특정암」의 정의 및 진단확정)에서 특정암으로 진단확정되는 경우 특정암 다빈치로봇 수술비 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(「암(특정암 제외)」 및「특정암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 특정암 다빈치로봇 수술비 세부보장의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

⑤ 제2항 내지 제3항에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비 또는 특정암 다빈치로봇 수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비, 특정암 다빈치로봇 수술비를 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 치료비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제12조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-37. 조혈모세포이식 수술비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 인하여 조혈모세포이식수술을 받았을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의「조혈모세포이식」이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. 「동종(allogenic)골수조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행

위를 말합니다.

2. 「동종(allogenic)말초조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. 「자가(autologous)골수조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. 「자가(autologous)말초조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. 「제대혈조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식 수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-38. 유방관련 특정질환 수술비 특별약관

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은「여성 특정유방질환 수술비」,「여성 유방완전절제 수술비(유방의 암·제자리암)」및「여성 유방부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)」의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「여성 특정유방질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로「수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 해당 세부보장의 보험가입금액을 여성 특정유방질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「여성유방의 암」또는「여성유방의 제자리암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 해당 세부보장의 보험가입금액을 여성 유방완전절제 수술비(유방의 암·제자리암)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가「여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암」이외의 원인으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술을 받은 때에는 여성 유방완전절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급하지 않습니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「여성유방의 암」또는「여성유방의 제자리암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방부분절제수술을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 해당 세부보장의 보험가입금액을 여성 유방부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가「여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암」이외의 원인으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방부분절제수술을 받은 때에는 여성 유방부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급하지 않습니다.

④ 제2항 및 제3항의 경우「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「여성유방의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



※ 단,「여성유방의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

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

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 여성 유방부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)가 지급되지 않습니다.

제4조 (여성 특정유방질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「여성 특정유방질환」 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병([별표-질병관련20] 여성 특정유방질환 분류표 참조)을 말합니다. 다만, [별표-질병관련20] 여성 특정유방질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.

1. 유방의 비대(N62)

② 「여성 특정유방질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 (여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「여성유방의 암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「여성유방의 제자리암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 D05(유방의 제자리암종)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 「여성유방의 암」및「여성유방의 제자리암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「여성유방의 암」및「여성유방의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (유방완전절제수술 및 유방부분절제수술의 정의)

① 이 특별약관에서「유방완전절제수술」이라 함은 [별표-질병관련21] 유방완전절제수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

② 이 특별약관에서「유방부분절제수술」이라 함은 [별표-질병관련22] 유방부분절제수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「여성 특정유방질환」의 치료,「유방완전절제수술」또는「유방부분절제수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「여성 특정유방질환」의 치료,「유방완전절제수술」또는「유방부분절제수술」을 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를

잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료

   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 여성 유방부분절제 수술비(유방의 암·제자리암) 지급사유에 해당되면 여성 유방완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술 - 창상봉합술 - 절개, 배농 또는 도관삽입술 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술) - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제8조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면

제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제9조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제11조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제10조 (특별약관의 무효)

① 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제5조(여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「여성유방의 암」으로 진단확정 되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 및 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 여성 유방부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)의 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제5조(여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「여성유방의 암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에서 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

④ 제2항에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성 특정유방질환 수술비, 여성 유방완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 여성 특정유방질환 수술비, 여성 유방완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 및 여성 유방부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 각 1회씩 총 3회 지급한 때에는 최종 수술비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다.

제13조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-39. 부인과관련 특정질환 수술비 특별약관

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은「여성 특정부인과질환 수술비」및「여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「여성 특정부인과질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로「수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 해당 세부보장의 보험가입금액을 여성 특정부인과질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「여성생식기의 암」또는「여성생식기의 제자리암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「자궁적출수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 해당 세부보장의 보험가입금액을 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가「여성생식기의 암 및 여성생식기의 제자리암」이외의 원인으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「자궁적출수술」을 받은 때에는 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를

지급하지 않습니다.

③ 제2항의 경우「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「여성생식기의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



※ 단,「여성생식기의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)가 지급되지 않습니다.

제4조 (여성 특정부인과질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「여성 특정부인과질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 여성 특정부인과질환으로 분류되는 질병([별표-질병관련23] 여성 특정부인과질환 분류표 참조)을 말합니다. 다만, [별표-질병관련23] 여성 특정부인과질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.

1. 여성 매독성 골반염증질환(N74.2)
2. 여성 임균성 골반염증질환(N74.3)
3. 여성 클라미디아 골반염증질환(N74.4)
4. 자궁경부의 무력증(N88.3)
5. 습관적 유산자(N96)
6. 여성 불임(N97)
7. 인공수정과 관련된 합병증(N98)
8. 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애(N99)

② 「여성 특정부인과질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 (여성생식기의 암 및 여성생식기의 제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「여성생식기의 암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 여성생식기의 암으로 분류되는 질병([별표-질병관련24] 여성생식기의 암 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「여성생식기의 제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 여성생식기의 제자리암으로 분류되는 질병([별표-질병관련25] 여성생식기의 제자리

암 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「여성생식기의 암」및「여성생식기의 제자리암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「여성생식기의 암」및「여성생식기의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (자궁적출수술의 정의)

이 특별약관에서「자궁적출수술」이라 함은 자궁을 적출(외과적으로 제거함)하는 수술로써 [별표-질병관련26] 자궁적출수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「여성 특정부인과질환」의 치료 또는「자궁적출수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에「여성 특정부인과질환」의 치료 또는「자궁적출수술」을 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암) 지급사유에 해당되면 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제8조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제9조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제11조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제10조 (특별약관의 무효)

① 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제5조(여성생식기의 암 및

여성생식기의 제자리암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「여성생식기의 암」으로 진단확정 되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)의 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제5조(여성생식기의 암 및 여성생식기의 제자리암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「여성생식기의 암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에서 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

④ 제2항에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성 특정부인과질환 수술비 또는 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 여성 특정부인과질환 수술비, 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 수술비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제13조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-40. 항암방사선 · 약물 치료비III 특별약관

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외))」 및 「항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외))로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



* 단,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지

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

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제8조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.
② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

① 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.
② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.
③ 제1항 및 제2항에서 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
④ 제2항에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 또는 항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 회사가 제1항에 따라 항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외)), 항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)를 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 치료비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제10조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-41. 계속받는 항암방사선 · 약물 치료비(연간1회한) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제 2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 계속받는 항암방사선·약물치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



* 단,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진

자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

⑤ 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경

우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은

제외합니다.

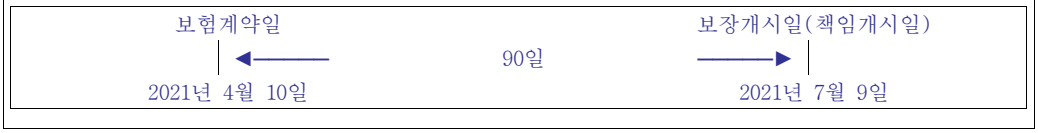
1-42. 10대 주요암 항암방사선 · 약물 치료비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「10대 주요암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 10대 주요암 항암방사선 · 약물 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



③ 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (10대 주요암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「10대 주요암」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중 「식도의 악성신생물」, 「간 및 간내 담관의 악성신생물」, 「담낭의 악성신생물」, 「담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물」, 「췌장의 악성신생물」, 「기관의 악성신생물」, 「기관지 및 폐의 악성신생물」, 「골 및 관절연골의 악성신생물」, 「뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물」, 「림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물」([별표-질병관련4] 10대 주요암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로

변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「10대 주요암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「10대 주요암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 10대 주요암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(10대 주요암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 10대 주요암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 10대 주요암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(10

대 주요암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 10대 주요암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대 주요암 항암방사선·약물 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-43. 재진단암 항암방사선·약물 치료비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 1-12 재진단암 진단비 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생하고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 재진단암 항암방사선·약물 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 재진단암 항암방사선·약물 치료비는 재진단암 진단비 1회 지급당 1회에 한하여 지급합니다.

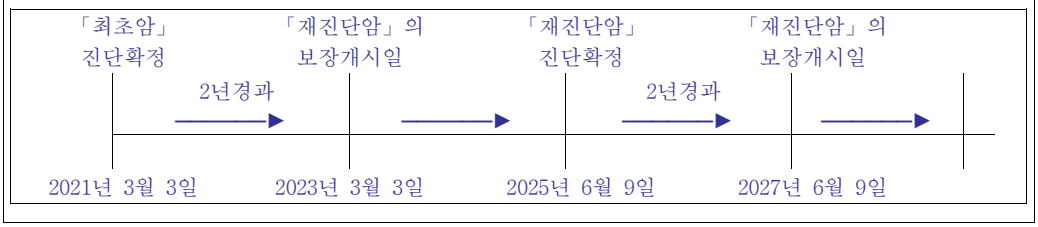
③ 제1항의 경우 재진단암 항암방사선·약물 치료비의 원인이 되는 「재진단암」(1-12 재진단암 진단비 특별약관 참조)의 보장개시일(책임개시일)은 다음과 같습니다.

1. 첫 번째「재진단암」: 제4항에서 정한「최초암 보장개시일」이후 최초로 발생한「암」(「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」제외)(이하 「최초암」이라 합니다)의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)

이 지난 날의 다음날

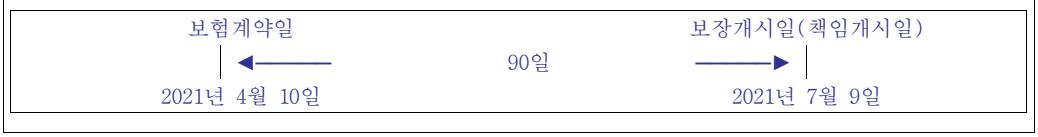
2. 두 번째 이후「재진단암」: 직전「재진단암」진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

<「재진단암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



④ 제3항 제1호에서 「최초암 보장개시일」이라 함은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「최초암 보장개시일」계산 예시>



⑤ 제4항에도 불구하고 갱신전 계약의 보험기간 중 「최초암」으로 진단확정되지 않은 경우 갱신계약의 「최초암 보장개시일」은 이 특별약관의 갱신일로 합니다. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복) 되는 경우에는 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복)) 제2항을 따릅니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

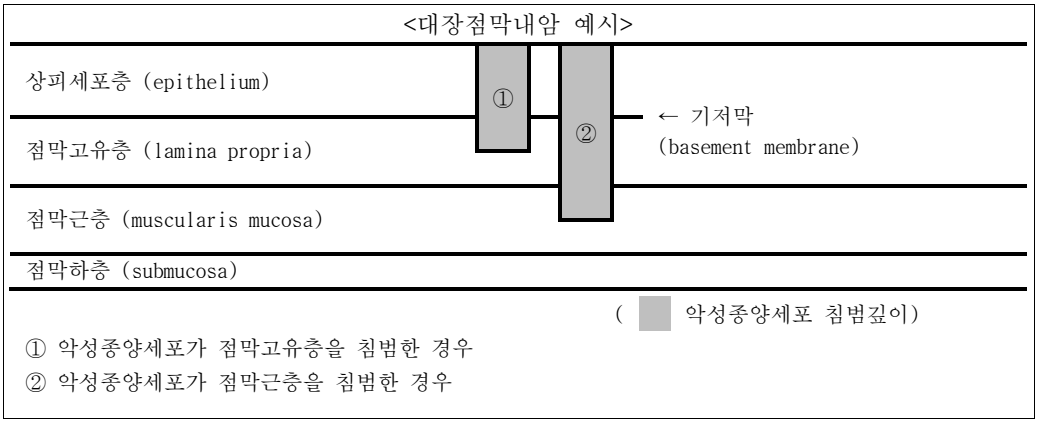
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「전립선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층

(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑥ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조 (재진단암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「재진단암」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 「암」을 말합니다. 다만, 「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」및「대장점막내암」은 제외합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

② 제1항 제1호의 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「최초암」 또는 「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」 (이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 제2호의 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

④ 제1항 제3호의 「재발암」이란 「최초암」또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성 (Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「최초암」또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「최초암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호의 「잔여암」이란 「암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기

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

제5조 (항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

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

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는「최초암」의 진단확정일 또는 1-12. 재진단암 진단비 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 「재진단암」의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다) 내에 제4조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호 내지 제4호의 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정되고 그 질병으로 인하여 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 재진단암 항암방사선·약물 치료비를 지급하지 않습니다.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 재진단암 항암방사선·약물 치료비를 청구할 때마다 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 조직검사결과지, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인

이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「최초암 보장개시일」 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」(「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」제외)으로 진단확정되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한「최초암 보장개시일」 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」(「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」제외)으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

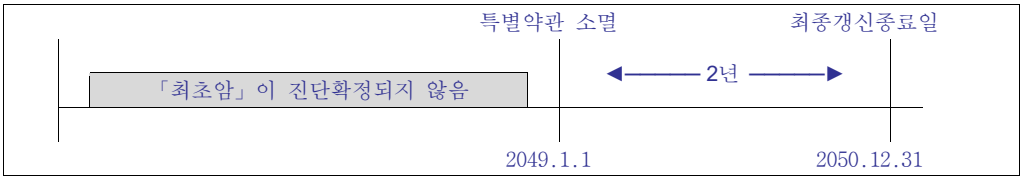
② 피보험자가 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당시점의 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

1. 「최초암」이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년인 경우
2. 「재진단암」진단이 확정되고 항암방사선 · 약물치료를 받은 시점에 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우

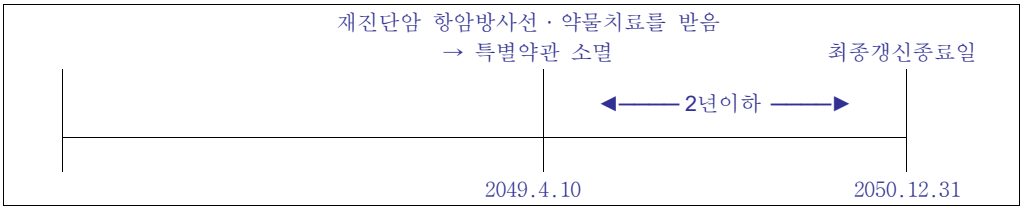
<최종 갱신종료일>
이 특별약관이 더이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 보험나이 100세 계약해당일을 말합니다.

<제10조(특별약관의 소멸) 제2항에 따른 특별약관의 소멸 예시>

1. 「최초암」이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년인 경우



2. 「재진단암」진단이 확정되고 항암방사선·약물치료를 받은 시점에 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우



제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복) 하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 「최초암」으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 「보험계약일」로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항을 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 「최초암」또는「재진단암」으로 진단확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제12조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-44. 표적항암약물허가 치료비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 표적항암약물허가 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 2년미만	가입후 2년이상	
표적항암약물허가치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>

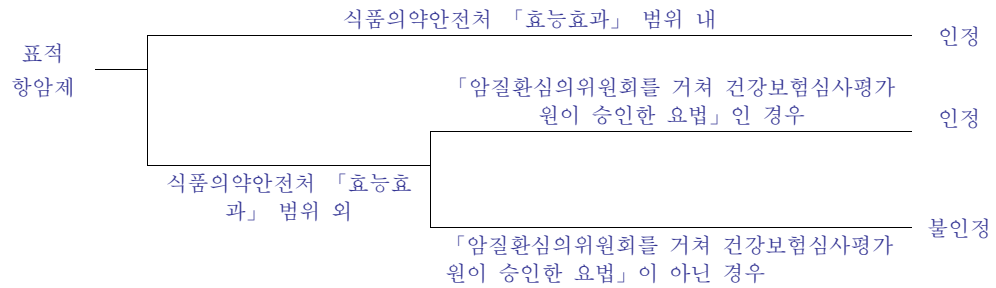


※ 단,「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

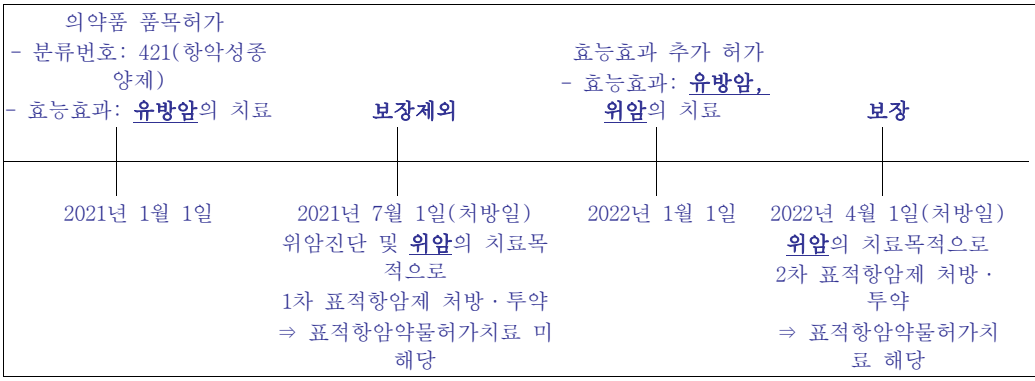
① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가 치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위>

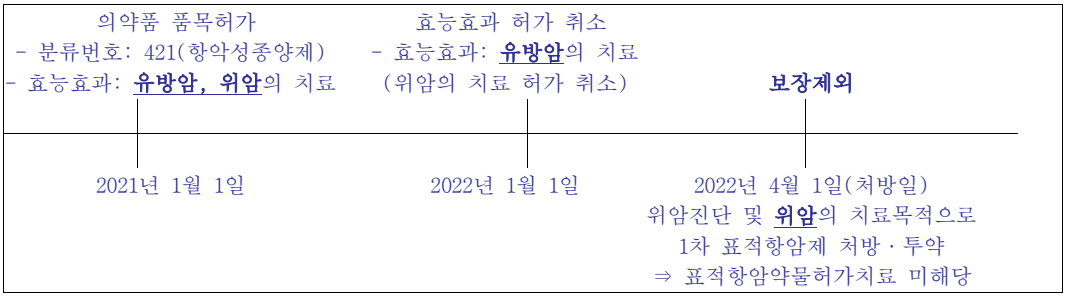


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「표적항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시: 의약품의 '효능효과' 추가 허가>



<「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시: 의약품의 '효능효과' 허가 취소>



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

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

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

· 세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

· 생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

<표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내>

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련27] 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 면허를 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

<용어풀이>

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)란 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5

조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법>

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 표적항암약물허가 치료비를 청구할 때에는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
   (ㄱ) 진단명

(ㄴ) 투약한 약제의 제품명
(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환 심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하

여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-45. 계속받는 표적항암약물허가 치료비(연간1회한) 특별약관

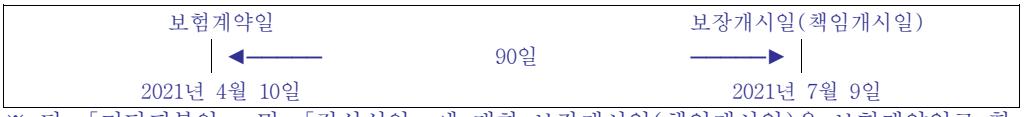
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 계속받는 표적항암약물허가 치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 2년미만	가입후 2년이상	
계속받는 표적항암약물허가 치료비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



※ 단,「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

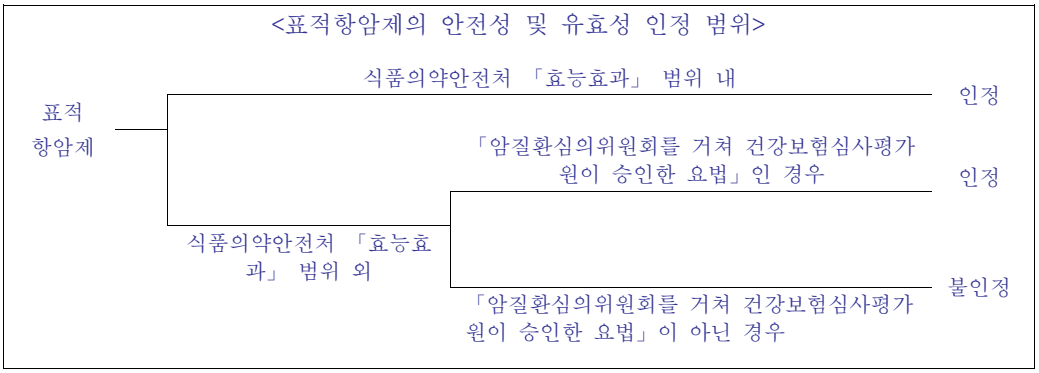
③ 제1항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 계속받는 표적항암약물허가 치료비(연간1회한)는 표적항암제를 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

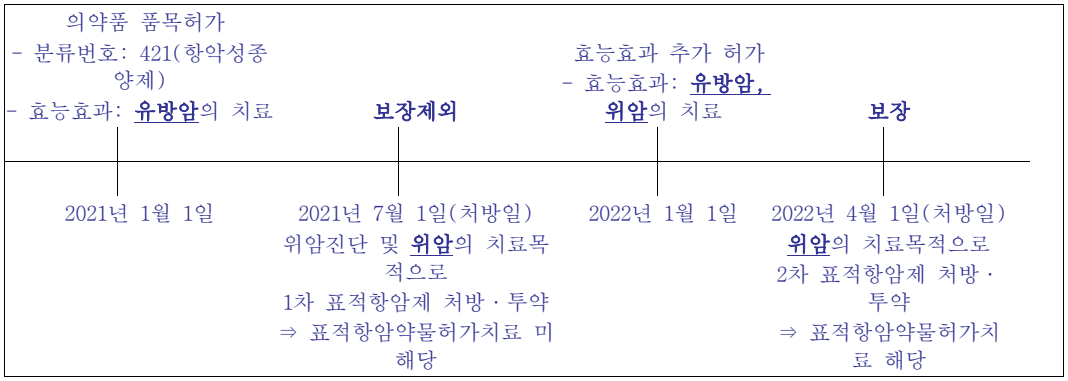
신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위>

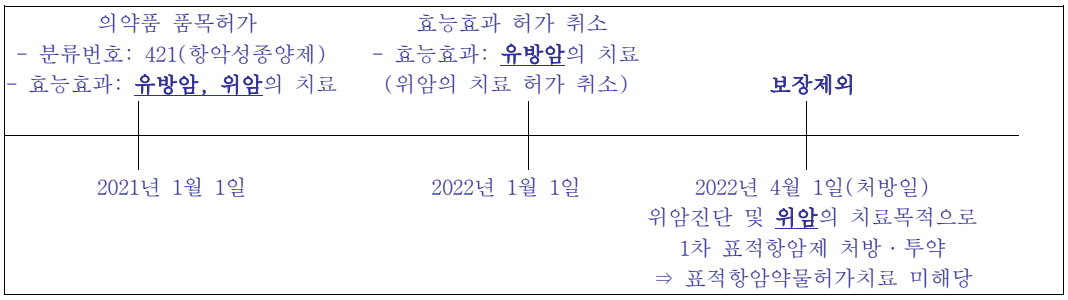


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「표적항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시: 의약품의 '효능효과' 추가 허가>



<「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시: 의약품의 '효능효과' 허가 취소>



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

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

· 호르몬 관련 치료제란 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.
· 세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.
· 생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

<표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내>

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당

하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련27] 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 면허를 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

<용어풀이>

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)란 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법>

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 계속받는 표적항암약물허가 치료비(연간1회한)를 청구할 때에는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2

항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-46. 항암 양성자방사선 치료비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로「항암양성자방사선치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암 양성자방사선 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암,기타피부암 또는 갑상선암으로 항암양성자방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



※ 단,「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어 풀이>

양성자방사선치료란 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암 양성자방사선 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이

없습니다. 이 경우에 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-47. 계속받는 항암 양성자방사선 치료비(연간1회한) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로「항암양성자방사선치료」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 계속받는 항암 양성자방사선 치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암,기타피부암 또는 갑상선암으로 항암양성자방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



* 단,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어 풀이>

양성자방사선치료란 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
   1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
   2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-48. 항암 세기조절방사선 치료비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로「항암세기조절방사선치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암 세기조절방사선 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암,기타피부암 또는 갑상선암으로 항암세기조절방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



※ 단,「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant

potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (항암세기조절방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암세기조절방사선치료」라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「세기조절방사선 치료법」을 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「세기조절방사선 치료법」에는 방사선의 세기조절이 없는 치료는 포함하지 않으며, 방사선의 세기조절을 하더라도 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

<용어 풀이>

·세기조절방사선치료란 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

· 입자방사선치료란 전자를 제외한 하전 입자를 가속하여 나타나는 브래그 피크라는 물리적 특성을 암 방사선치료에 활용하여 치료하는 것을 말하며, 양성자방사선 치료와 중입자 방사선 치료(탄소선 혹은 헬륨) 등이 해당됩니다.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받

지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암 세기조절방사선 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-49. 특정항암호르몬약물허가 치료비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고, 그「암」의 치료를 목적으로「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정항암호르몬약물허가 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
특정항암 호르몬약물허가치료 시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

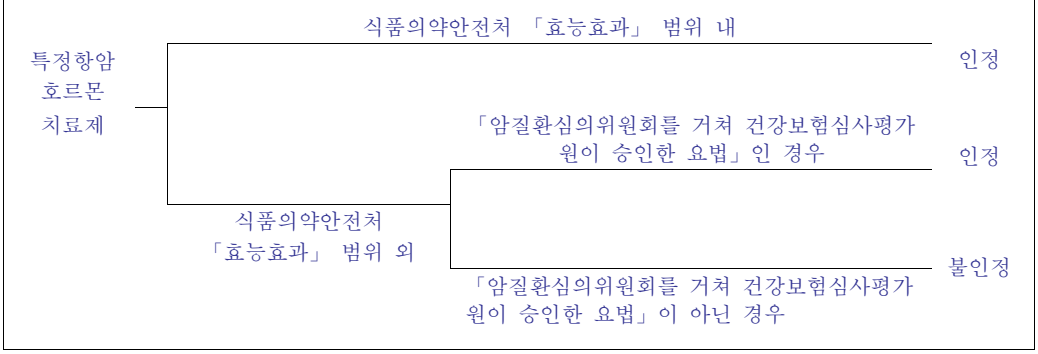
<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가 치료비는「특정항암호르몬치료제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위>



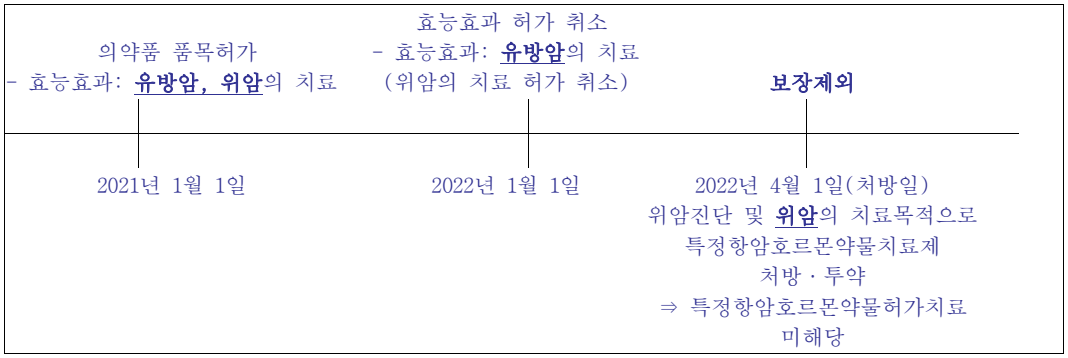
② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우라 함은

「특정항암호르몬치료제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시: 의약품의 '효능효과' 추가 허가>



<「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시: 의약품의 '효능효과' 허가 취소>



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

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」 및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정항암호르몬치료제」라 함은 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

<특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내>

특정항암호르몬 치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 4월 기준 특정항암호르몬 치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련28]특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 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

<용어 풀이>

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)란 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법>

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 특정항암호르몬약물허가 치료비를 청구할 때에는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
가. 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
(ㄱ) 진단명, 진단일자
(ㄴ) 투약한 약제의 제품명
(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환

심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
(ㅁ) 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정항암호르몬약물허가 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-50. 계속받는 특정항암호르몬약물허가 치료비(연간1회한) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고, 그「암」의 치료를 목적으로「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
특정항암 호르몬약물허가치료 시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>

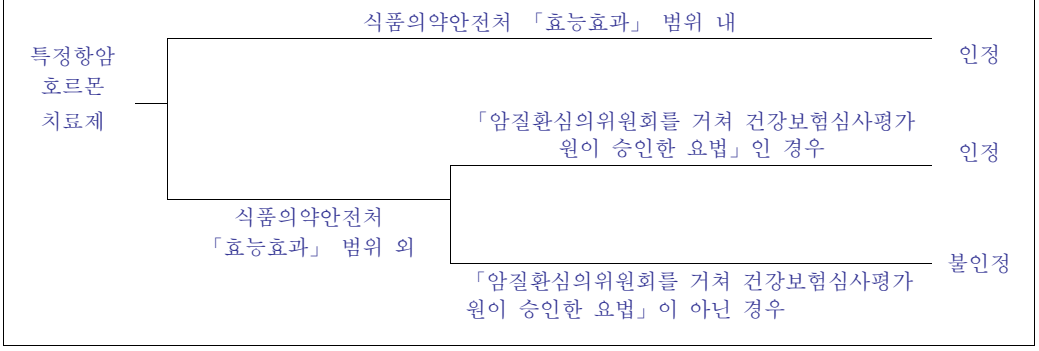


③ 제1항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

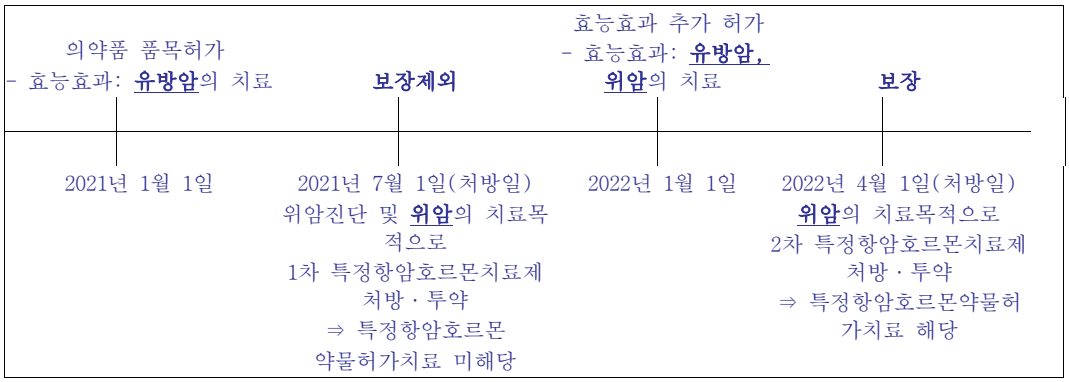
① 제1조(보험금의 지급사유)의 계속받는 특정항암 호르몬약물허가 치료비는「특정항암호르몬치료제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위>

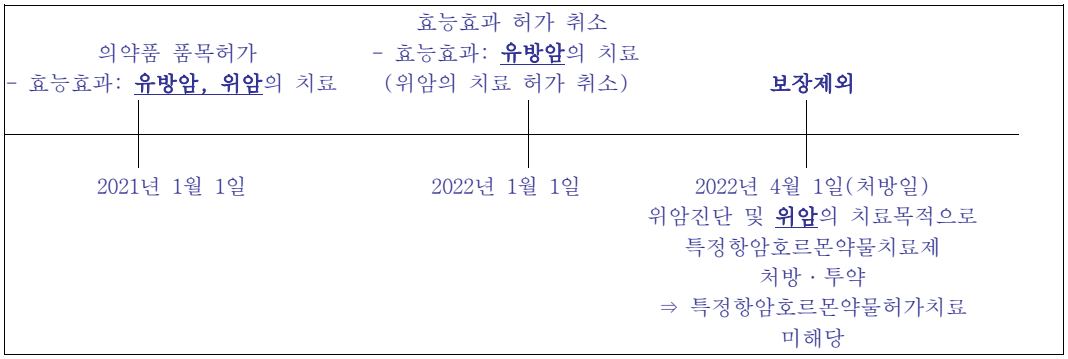


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「특정항암호르몬치료제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시: 의약품의 '효능효과' 추가 허가>



<「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시: 의약품의 '효능효과' 허가 취소>



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중

에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」 및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정항암호르몬치료제」라 함은 함은 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

<특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내>

특정항암호르몬 치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 4월 기준 특정항암호르몬 치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련28]특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한「특정항암호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료

하는 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

<용어 풀이>

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)란 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법>

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인

: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」확인

: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 계속받는 특정항암호르몬약물허가 치료비를 청구할 때에는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명, 진단일자
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ) 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-51. 갑상선암 수술후 호르몬약물허가 치료비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「갑상선암」의 치료를 목적으로 수술 후「갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 갑상선암 수술후 호르몬약물허가 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료 시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 「갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「갑상선암」으로 수술을 받고, 그 결과로 인한 갑상선 기능 부전이나 갑상선암 재발 억제 등의 목적으로 「갑상선 호르몬치료제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (「갑상선암」의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
② 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine

needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가 또는 「갑상선암」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (갑상선 호르몬치료제 및 갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「갑상선 호르몬치료제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '243(갑상선, 부갑상선호르몬제)' (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '갑상선, 부갑상선호르몬제'에 준하는 분류번호)으로 분류되는 의약품 중 갑상선 호르몬 약제를 말합니다.

<갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내>

갑상선 호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 3월 기준 갑상선암 호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련29]갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「갑상선암」 수술 후 치료 또는 재발 억제 등의 목적으로 제1항에서 정한 「갑상선 호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제3항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」 범위 내로 사용된 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

<「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법>

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 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 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「갑상선 호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「갑상선 호르몬치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제6조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 갑상선암 수술후 호르몬약물허가 치료비를 청구할 때에는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료 증명서
   가. 갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명, 진단일자
      (ㄴ) 수술명, 수술일자
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 갑상선 호르몬치료제 처방여부, 처방기간
      (ㅁ) 처방목적(갑상선암 수술 후 기능부전 또는 재발 억제 관련성 유무)
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암 수술후 호르몬약물허가 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-52. 암 급여 주요통증완화치료비(연간1회한) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고, 그 「암」으로 인한 통증완화를 목적으로 「암 급여 주요 통증완화치료」

를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 급여 주요 통증완화치료비를 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



③ 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」 및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (「암 급여 주요통증완화치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 급여 주요통증완화치료」라 함은 피보험자의 진단확정 된 「암」의 통증 완화를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 「급여 신경차단·파괴술」을 받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 「급여 신경차단·파괴술」이라 함은 [별표-질병관련 30] 신경차단·파괴술 분류표에서 정한 신경차단·파괴술 대상 수가코드를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
2. 「급여 마약성 진통제」를 연간 30일이상 처방받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 「급여 마약성 진통제」라 함은 아래의 약효분류번호에 해당하는 약제를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 「연간 30일이상 처방」이라 함은 「급여 마약성 진통제」의 연간 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 「마약성 진통제(급여)」를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일이상인 경우를 말하며 처방일수 합산시 기준일자는 「급여 마약성 진통제」를 처방받은 날로 합니다.

약효분류	분류번호
마약	800
알칼로이드 마약(천연)	810
아편알칼로이드계 제제	811
코카알칼로이드계 제제	812
비알칼로이드계 마약	820
합성 마약	821
기타의 비알칼로이드계 마약	829

※ 상기 약효분류는 건강보험심사평가원이 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에서 정한 마약성 진통제 분류 기준을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 제1항의 수가코드 및 약효분류번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 「암 급여 주요통증완화치료」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「급여 신경차단술」,「급여 신경파괴술」, 「급여 마약성 진통제」 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   가. 「급여 신경차단술」 또는 「급여 신경파괴술」을 받은 경우
      : 진료확인서(통증의 원인 필수기재), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI) 필수기재), 진료기록부 등
   나. 「급여 마약성 진통제」를 연간 30일이상 처방받은 경우
      (ㄱ) 암 급여 주요 통증완화치료비 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
         (1) 진단명
         (2) 투약한 약제의 제품명 및 약효 분류번호
         (3) 최초 처방(투약)일 및 총 투약일수
         (4) 통증의 원인 및 투약목적
      (ㄴ) 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항

2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-53. 말기암 호스피스완화치료비(가정형,입원형) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「말기암환자」를 대상으로 하는「호스피스완화의료」치료를 목적으로「호스피스전문기관」으로부터 입원형 또는 가정형 호스피스완화의료 치료를 받은 경우에는 최초1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 말기암 호스피스완화치료비(가정형,입원형)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



* 단,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (「말기암환자」,「호스피스완화의료」 및「호스피스전문기관」등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「말기암환자」라 함은 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률"(이하 "연명의료결정법"이라 합니다) 제2조(정의) 제3호에 따라 암으로 인해 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의

가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 말기환자(末期患者)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「호스피스완화의료」라 함은 "연명의료결정법" 제2조(정의) 제6호에서 정한 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료목적으로 하는 의료로서, 동법 제28조(호스피스의 신청)에 따라 해당「말기암환자」가 제3항에서 정한「호스피스전문기관」에서 가정형 호스피스 또는 입원형 호스피스를 신청하고 제공받은 경우를 말합니다.

【용어풀이】

· 가정형 호스피스 : 가정에서 지내기를 원하는 말기암 환자와 가족에게 보건복지부 지정 전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

· 입원형 호스피스 : 보건복지부 지정 호스피스전문기관 병동에 입원한 말기암 환자와 가족들에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

③ 이 특별약관에 있어서 「호스피스전문기관」이라 함은 "연명의료결정법" 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 따라 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.

④ 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며,「호스피스전문기관」해당여부는 치료 당시 지정된 기준으로 판단합니다.

【관련법령】

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률
(약칭 : 연명의료결정법)

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

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 ~ 5. (생 략)

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 (생 략)

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.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면

제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 말기암환자임을 나타내는 의사소견서, 호스피스 이용 동의서, 진료비세부 내역서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기암 호스피스완화치료비(가정형,입원형)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-54. 암 직접치료 입원일당Ⅱ(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단확정되고 그「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 직접치료 입원일당Ⅱ(1일이상)(요양병원 제외)(이하 「암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



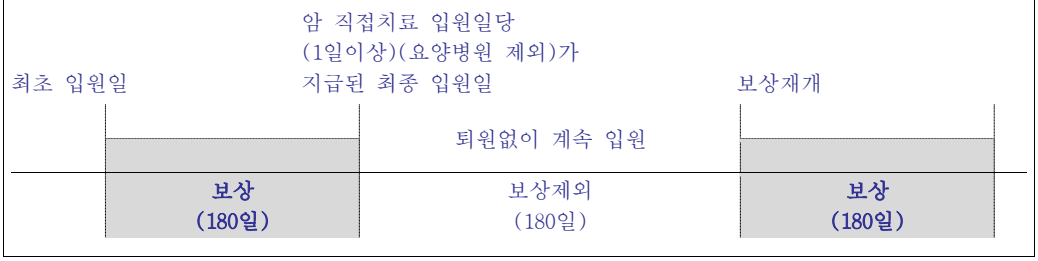
※ 단,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)가 지급된 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)를 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

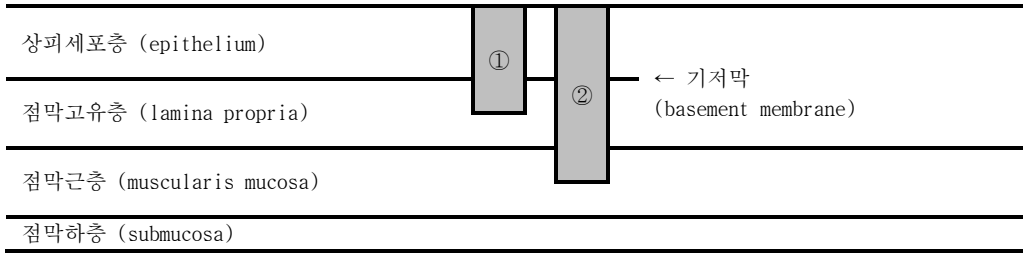
① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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

<대장점막내암 예시>



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의

자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

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

③ 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 제거 또는「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」이나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」

제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제8조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은

그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

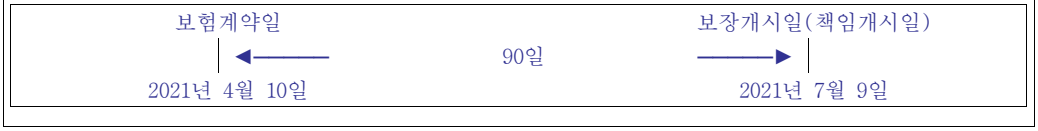
1-55. 암(유사암 제외)직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단이 확정되고 그「암」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암(유사암 제외) 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암(유사암 제외) 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>

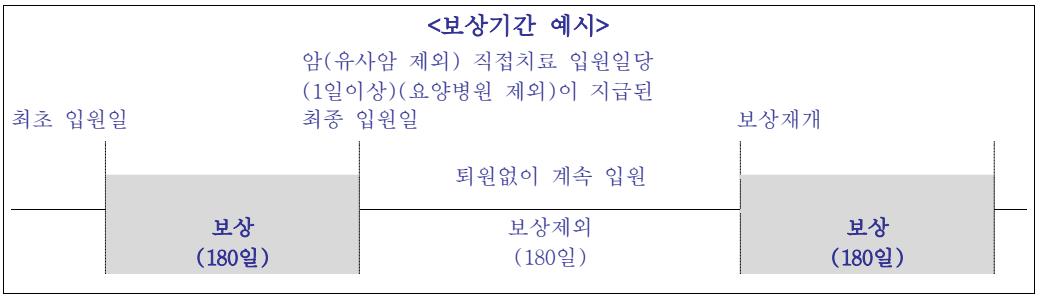


③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한「암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한「암」에 대한 입원이라도 암(유사암 제외) 직접치료 입

원일당(1일이상)(요양병원 제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암(유사암 제외) 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암(유사암 제외) 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 피보험자가「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암(유사암 제외) 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)을 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암(유사암 제외) 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

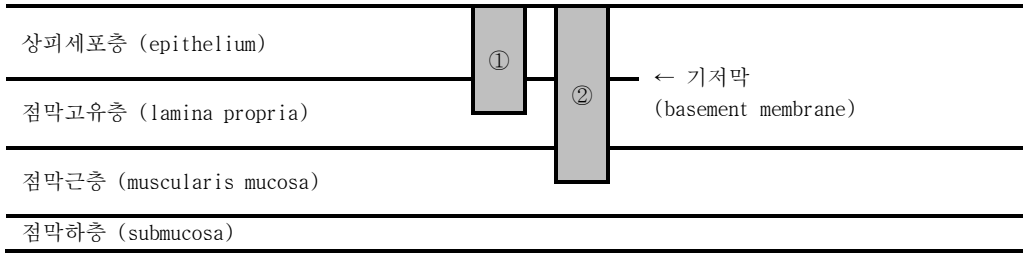
① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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

<대장점막내암 예시>



(악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암」의 직접적인 치료라 함은「암」을 제거하거나「암」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<신의료기술평가위원회>

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

③ 제1항의「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」의 제거 또는「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나「암」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는

바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-56. 암 요양병원 입원일당Ⅱ(1일이상, 90일한도) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단확정되고 그「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료를 목적으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 요양병원 입원일당Ⅱ(1일이상, 90일한도)(이하 「암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



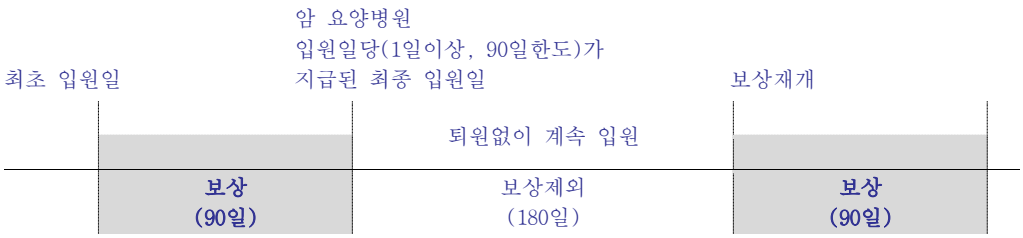
※ 단,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>

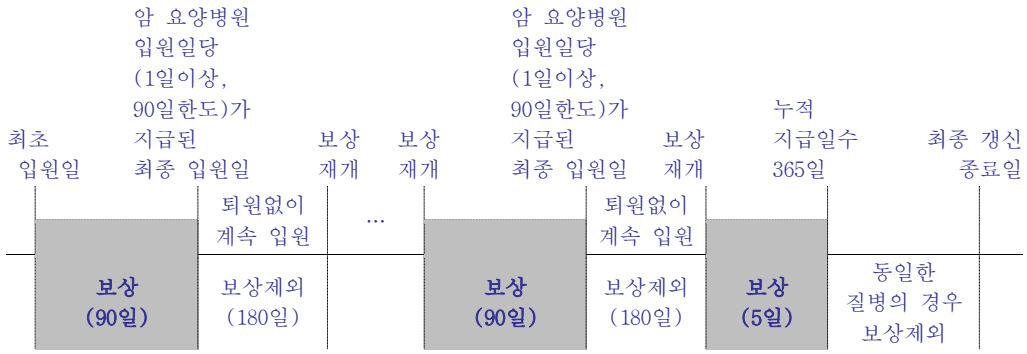


⑥ 제5항에도 불구하고 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및 「경계성종양」의 치료를 목적으로 하는 입원의 경우 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일)부터 지급된 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)의 누적 지급일수(이하「누적 지급일수」라 합니다)가 365일을 초과하는 경우, 365일을 초과한 날부터 이 특별약관의 최종 갱신종료일까지 동일한 질병으로 인한 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

<최종 갱신종료일>

이 특별약관이 더 이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 보험나이 100세 계약해당일을 말합니다.

<보상기간 예시>



※ 상기 그림의 「…」은 보상대상기간(90일)과 보상제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

⑦ 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)를 계속 보장합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

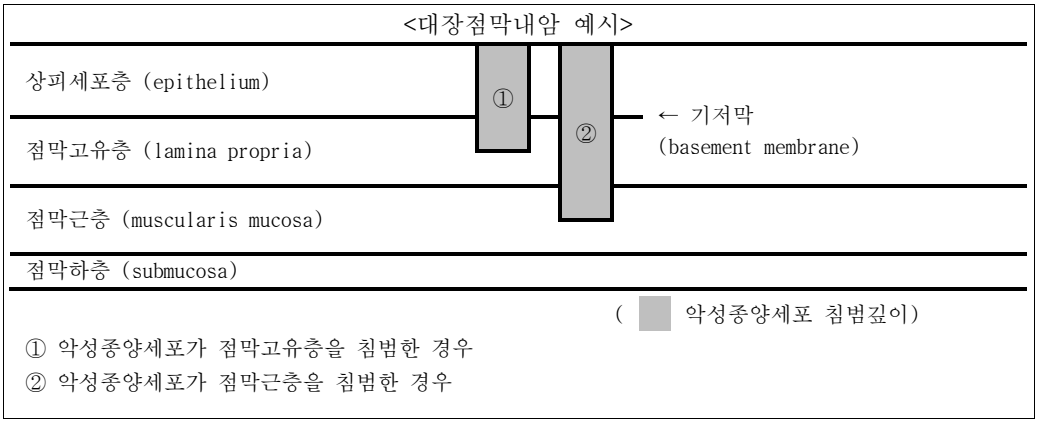
제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제6조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제5조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제8조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관

의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

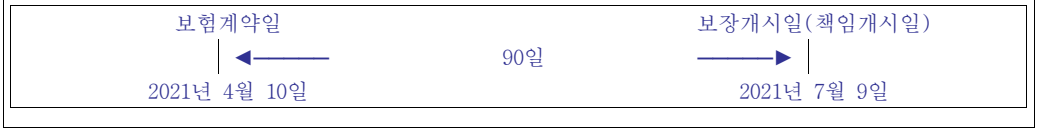
제11조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-57. 암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단이 확정되고 그「암」의 치료를 목적으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다..

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



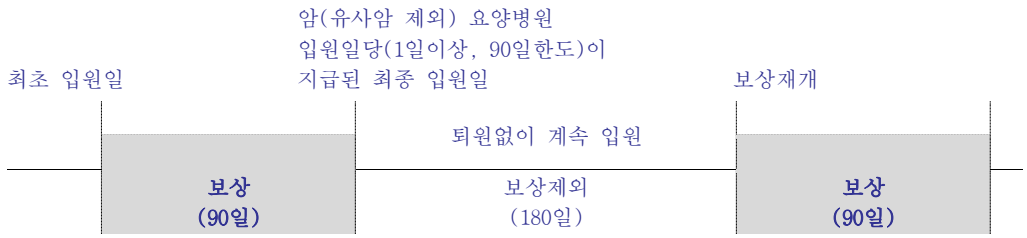
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한「암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암」의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한「암」에 대한 입원이라도 암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개

시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>

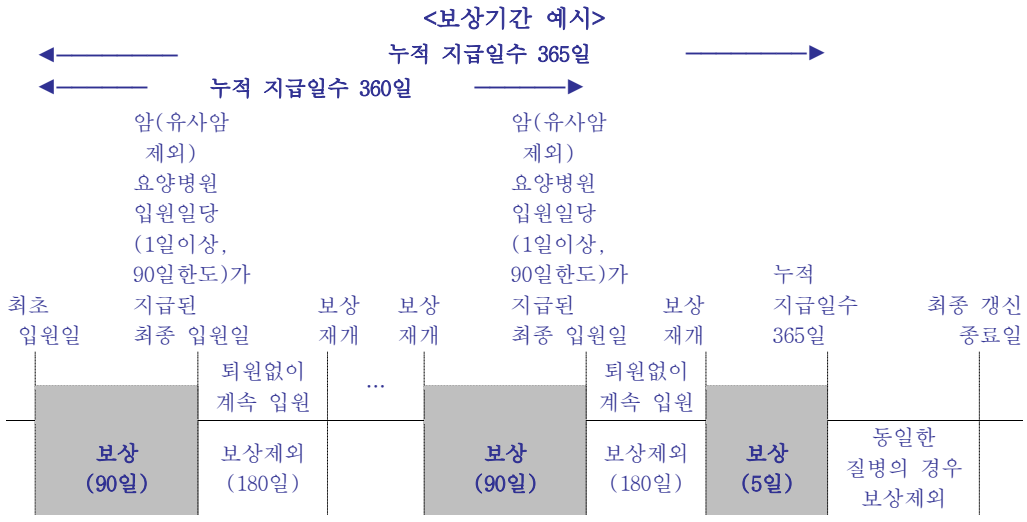


⑥ 제5항에도 불구하고 동일한「암」의 치료를 목적으로 하는 입원의 경우 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일)부터 지급된 암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)의 누적 지급일수(이하「누적 지급일수」라 합니다)가 365일을 초과하는 경우, 365일을 초과한 날부터 이 특별약관의 최종 갱신종료일까지 동일한 질병으로 인한 암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

<최종 갱신종료일>

이 특별약관이 더 이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 보험나이 100세 계약해당일을 말합니다.

<보상기간 예시>



※ 상기 그림의 「…」은 보상대상기간(90일)과 보상제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

⑦ 피보험자가 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)을 계속 보장합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

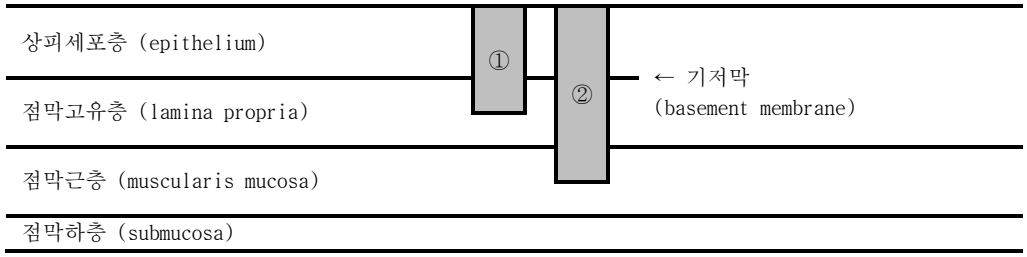
① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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

<대장점막내암 예시>



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제5조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제4조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한

암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-58. 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단확정되고 그「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액
암으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암으로 입원시 갑상선암으로 입원시 대장점막내암으로 입원시 제자리암으로 입원시 경계성종양으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



※ 단,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

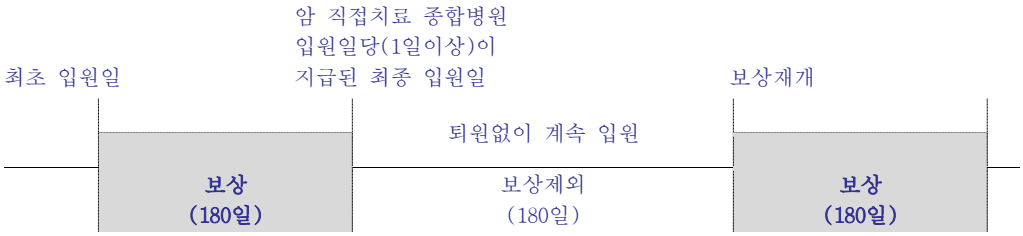
③ 제1항의 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제 4항에도 불구하고 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑦ 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상)을 계속 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1항에 따라 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

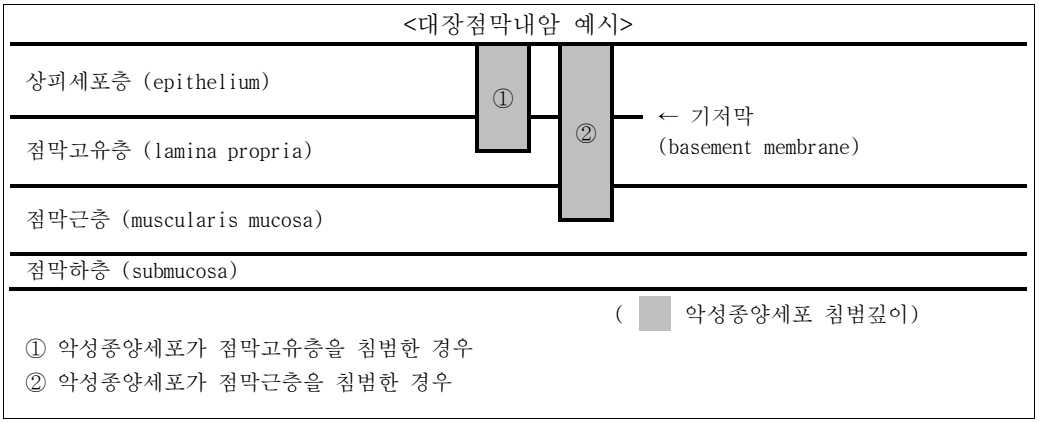
제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액

(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

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

③ 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 제거 또는「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」이나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.
1. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (종합병원의 정의)
이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

제7조 (입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서「입원」이라 함은 종합병원의 의사, 치과의사 및 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제6조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (보험료 납입면제)
① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제9조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제12조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-59. 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단확정되고 그「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



※ 단,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

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

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」

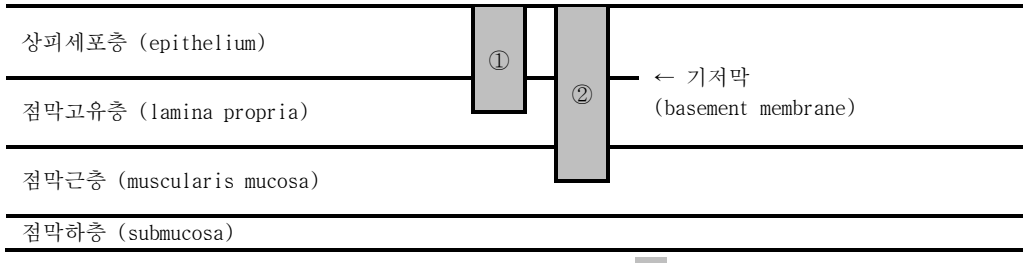
또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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

<대장점막내암 예시>



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

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

③ 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 제거 또는「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」이나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (상급종합병원의 정의)
이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제7조 (통원의 정의와 장소)
이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 및 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (보험료 납입면제)
① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제9조 (특별약관의 무효)
① 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
   1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
   2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조

(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제12조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-60. 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(이하 「암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외)(연간30회한)(이하 「유사암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



※ 단,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항의 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

⑤ 제2항의 유사암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다. 다만, 「유사암」 통원횟수는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 통원횟수를 더하여 계산합니다.

⑥ 제4항 내지 제5항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

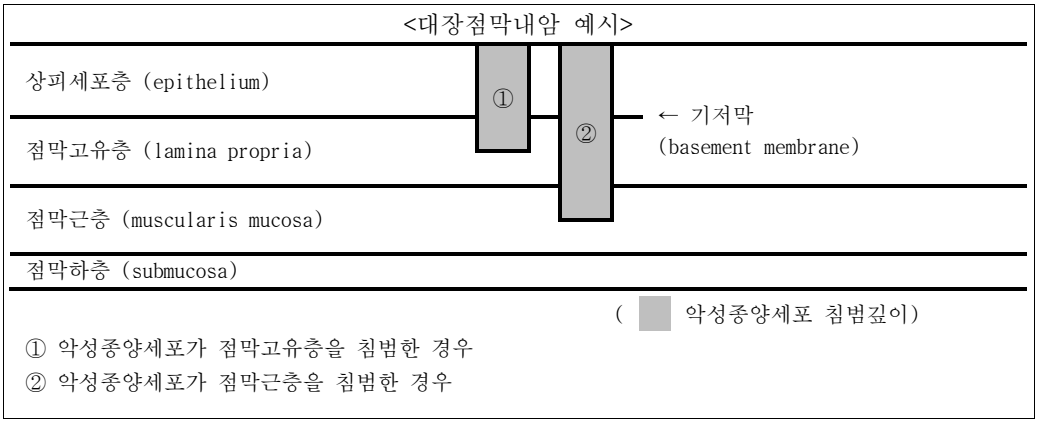
제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직

접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<신의료기술평가위원회>

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

③ 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 제거 또는「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」이나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「암」 및 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고

내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제8조 (특별약관의 무효)

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

1. 보통약관 제29조(계약의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 보통약관 제29조(계약의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제11조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-61. 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상) 특별약관

제1조 (보장의 범위)
이 특별약관은 「질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원 제외)」, 「질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)」 및 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원 제외)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	1일당 지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

<간병인 사용일당(요양병원 제외) 계산예시>
· 보험계약일(보장개시일) : 2021년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2021년 4월 1일 ~ 2021년 4월 30일
- 간병인 사용일 및 사용금액
  2021년 4월 10일 ~ 4월 17일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상 해당.
  → 2만원 X 8일 = 16만원 지급
  2021년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전,4월 24일 오후,4월 25일 오후 ~ 4월 27일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만 해당
  → 1만원 X 8일 = 8만원 지급
· 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 해당 세부보장의 보험가입금액을 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

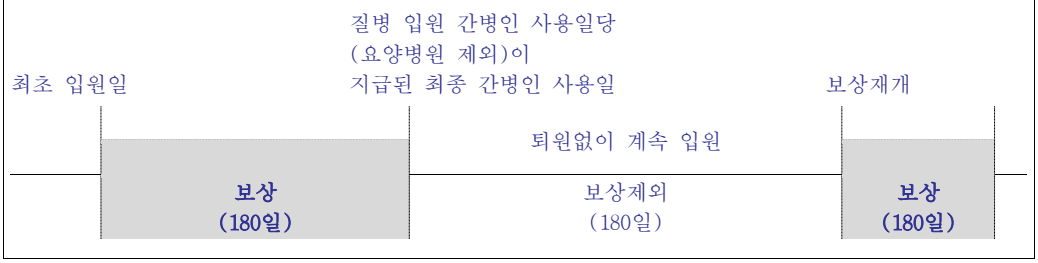
③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원(한방병원을 포함하며, 요양병원은 제외합니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 해당 세부보장의 가입금액을 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(이하 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1항 내지 제3항을 각각 적용합니다.

⑤ 제1항 내지 제3항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1항 내지 제3항을 각각 적용합니다.

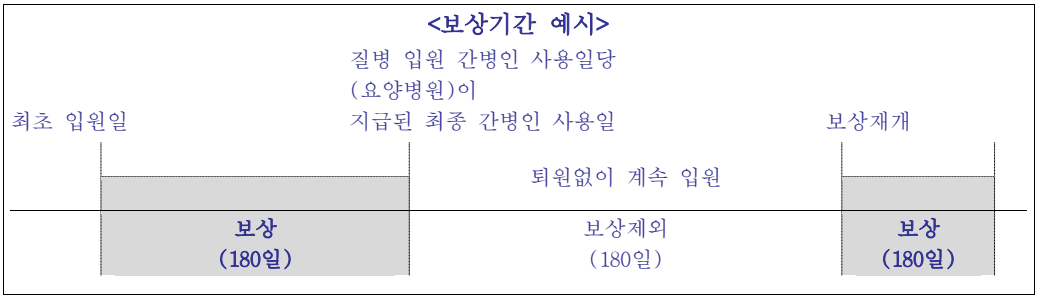
⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>

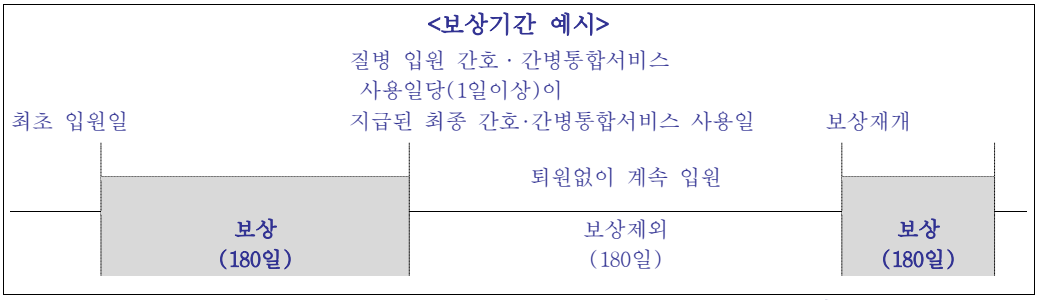


⑦ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이「질병 입원 간병인 사

용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑧ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다



⑨ 제1항 내지 제3항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 내지 제3항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑩ 제1항 내지 제3항에서 지급일수는 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 세부보장별로 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조 (입원의 정의와 장소)

① 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여

의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 있음이 확인된 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

<간병인의 주요업무 예시>

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제6조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 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」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복

지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제9조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

④ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

1-62. 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 중환자실 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

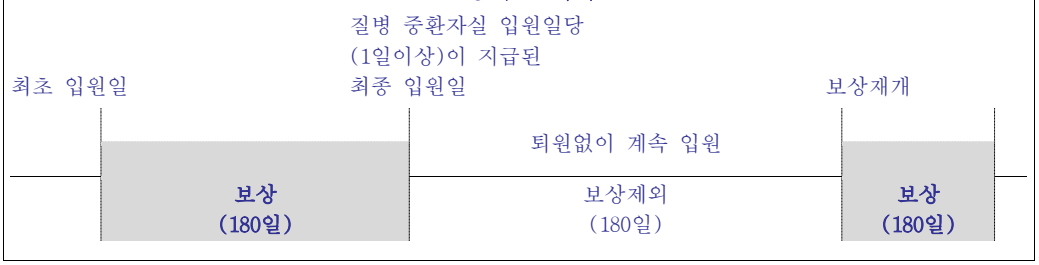
② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (보험료 납입면제)
① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

2. 상해 관련 특별약관

2-1. 상해 사망 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<실종선고>
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

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

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

제3조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

제5조 (특별약관의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

2-2. 상해 후유장해(80%이상) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 후유장해(80%이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해 후유장해(80%이상) 보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해 후유장해(80%이상) 보험금에서 이미 지급받은 상해 후유장해(80%이상) 보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 상해 후유장해(80%이상) 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 후유장해(80%이상) 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 후유장해(80%이상) 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 상해 후유장해(80%이상) 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따

라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 후유장해(80%이상) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더이상 효력이 없습니다.

제6조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

2-3. 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을

가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 중환자실 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일)이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 상해 중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

3. 상해 및 질병 관련 특별약관

3-1. 보험료 납입면제대상 특별약관

제1조 (특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)은 보통약관의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 다음 중 하나의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료 납입면제대상 보험금으로 지급합니다. 다만, 어떠한 경우에도 보험료 납입면제대상 특별약관은 중복하여 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 보험기간 중에 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 제4조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한「암」으로 진단확정된 경우
2. 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
3. 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 결과로써 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때

② 제1항 제1호의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 계약의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 계약의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산 예시>



③ 제1항에도 불구하고 회사는 다음의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 보험계약일부터 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 전일 이전에 「암」이 발생하고, 그「암」이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되었을 때

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

④ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑩ 이미 이 특별약관에서 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 내지 제3호의 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제4항 또는 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

⑬「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제8항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물

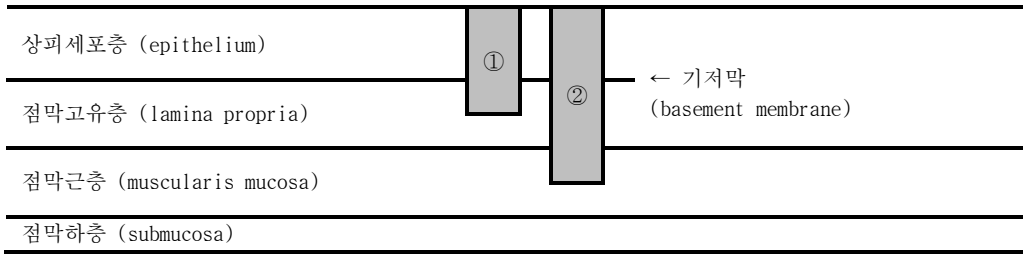
(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

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

<대장점막내암 예시>



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료 납입면제대상 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

3-2. 급여 양전자단층촬영(PET) 검사비용지원(연간1회한) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제3조(「급

여 양전자단층촬영(PET)」의 정의)에서 정한 급여 양전자단층촬영(PET)을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 급여 양전자단층촬영(PET) 검사비용지원(연간1회한) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
급여 양전자단층촬영(PET) 시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 발생한 상해로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)가 발생한 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 100%를 지급합니다.

③ 제1항에서「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (「급여 양전자단층촬영(PET)」의 정의)

① 이 특별약관에서「급여 양전자단층촬영(PET)」라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 양전자단층촬영(PET)을 하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의「급여 양전자단층촬영(PET)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 양전자방출단층촬영PET 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

【용어풀이】

· 양전자방출단층촬영(PET) : 양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「급여 양전자단층촬영(PET)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유

에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), PET 촬영목적이 기재된 소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에

서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

3-3. 5대장기이식 수술비 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)등에서 장기수혜자로서 「5대장기이식수술」(이하「5대장기이식수술」이라 합니다)을 받았을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항에서 5대장기라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 「5대장기이식수술」이라 함은 "장기 등 이식에 관한 법률"에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.단, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)
① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 5대장기이식으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 "장기 등 이식에 관한 법률" 제25조(장기이식의료기관)에 정한 장기이식의료기관에서 의사의 관리 하에 5대장기이식을 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)

등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술, 베나실
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제4조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식 수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

3-4. 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 1인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

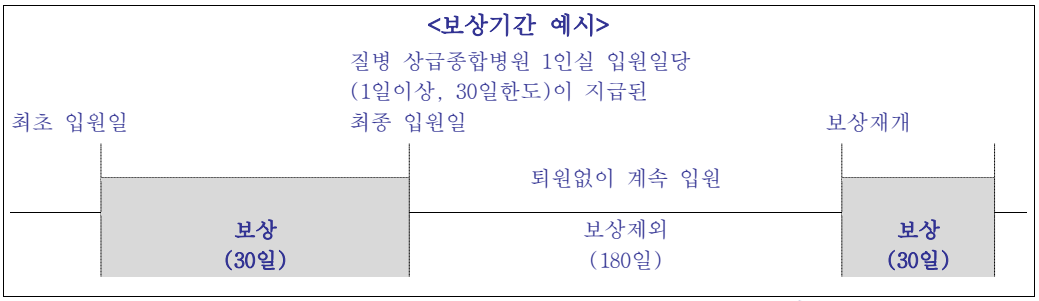
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 1인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 상급종합병원 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

④ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 상급종합병원의 1인실에서 다른 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑦ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 계속 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 또는제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

⑬ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)
「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험료 납입면제)
① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급

사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제7조 (특별약관의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

3-5. 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 1인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 1인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

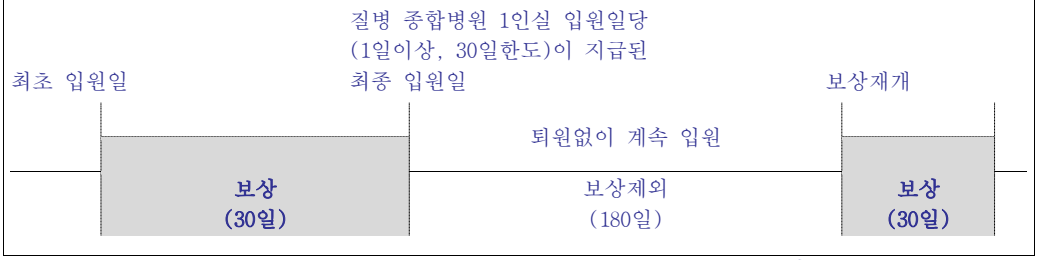
③ 제1항 및 제2항의 경우 종합병원 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

④ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 종합병원의 1인실에서 다른 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑦ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 계속 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)

또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

⑬ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (종합병원의 정의)

「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 1종(납입면제형)을 가입한 피보험자가 제1항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 2종(납입면제 확장형)을 가입한 피보험자가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입면제가 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이 계약해당일에 도달할 때까지 계속 보장합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제7조 (특별약관의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(환급금의 중도인출), 제17조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

별 표

[별표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보장관련 보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 「보험금의 지급절차」 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.(다만, 상해·질병 관련 보장에 한합니다)

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

[별표2] 장해분류표

<총 칙>

1. 장해의 정의

가. “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.

나. “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.

다. “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.

라. 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.

마. 위 라.에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

가. 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.

나. 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

다. 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.

라. 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.

마. 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로

기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

<장해분류별 판정기준>

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 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 0.02 이하로 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 눈앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해” 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

8) “뚜렷한 시야 장해”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은자위)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 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.

12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습) 장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	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 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 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
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 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

장 해 의 분 류	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 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	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 남긴때	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 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 이외는 섭취하지 못하는 경우

나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1㎝ 이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5㎝ 이상인 경우

라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우

나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2㎝ 이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1㎝ 이상인 경우

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대개구상태에서 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·정신행동장해 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 치아수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이

또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5㎜ 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.

5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 10㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 5㎝ 이상의 조직함몰

라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

가) 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2㎝ 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

1) “손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 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

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 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 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 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 탈구 등으로 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 탈구 등으로 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 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구 등으로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 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 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 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. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	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.

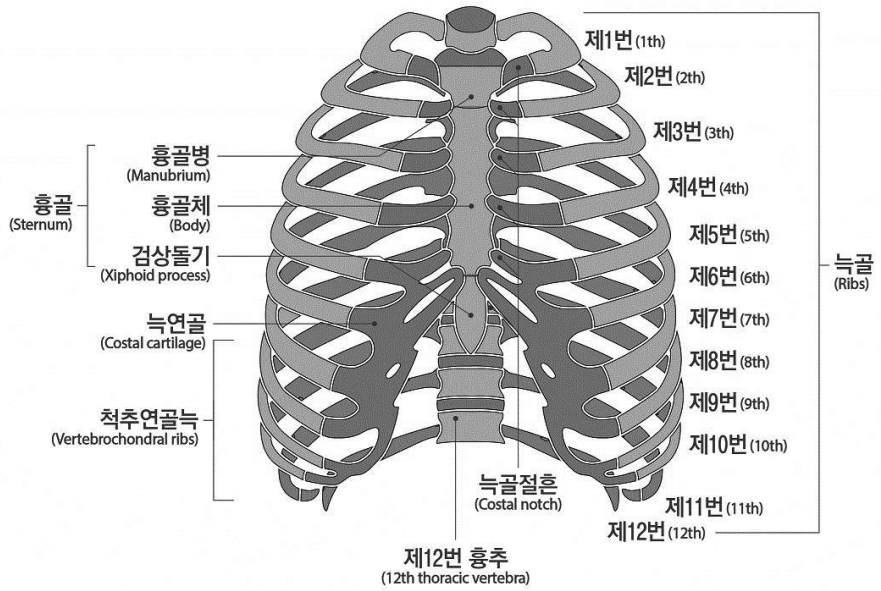
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5㎝ 이상 분리된 부정유합 상태

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

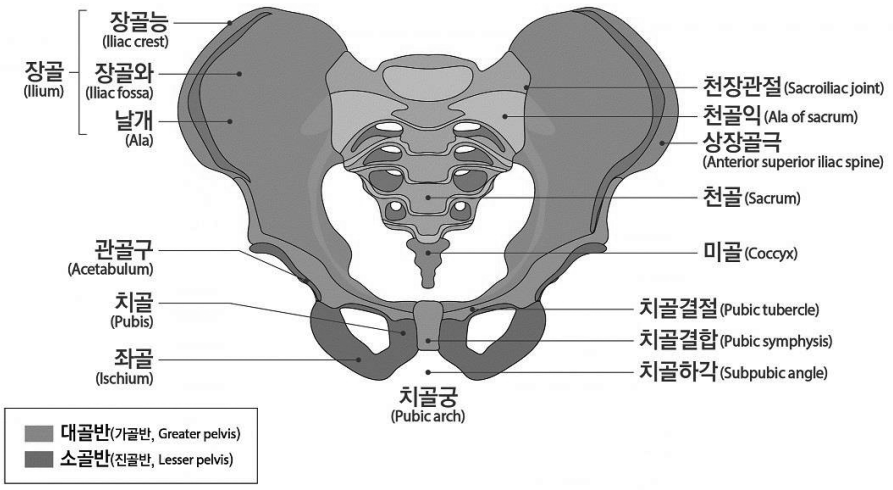
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

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

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

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

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

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

4) “팔의 3대 관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관

절(완관절)을 말한다.

5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(zero)”인 경우

8) “관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(trace)”인 경우

9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “2등급(poor)”인 경우

10) “관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “3등급(fair)”인 경우

11) “가관절[주)]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.·

13) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능

장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

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

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

3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.

4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.

5) “한 다리의 발목 이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(zero)”인 경우

8) “관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 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 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 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 5㎜ 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 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

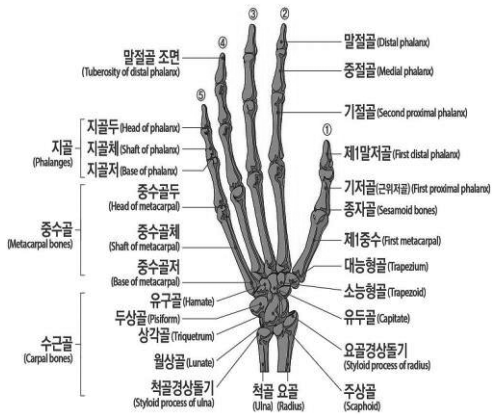
10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
7) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상 운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
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

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	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.

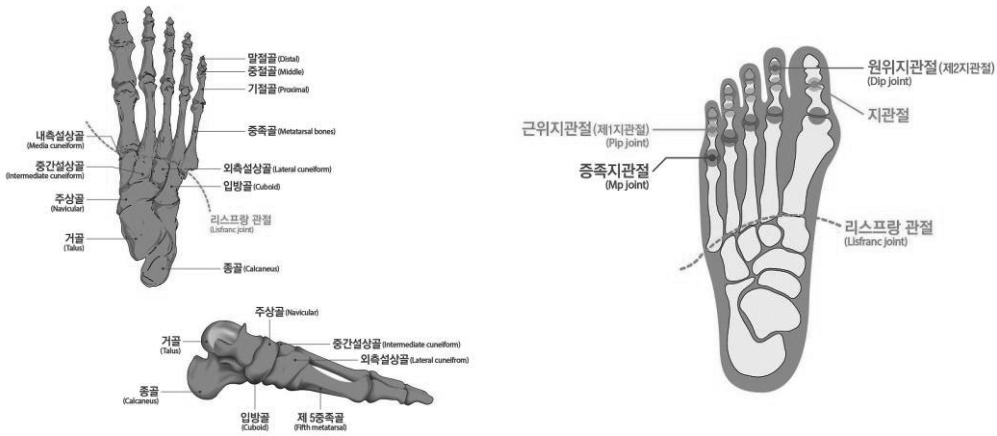
5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가

락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

6) “발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상 운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



<발가락>

12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	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

장 해 의 분 류	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 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위 내에서 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 그로써 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 말한

다.

마) “정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”[주]상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) “정신행동에 약간의 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 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

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

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발

작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 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 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

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

<붙임: 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표>

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동 동작	• 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(40%) • 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) • 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) • 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	• 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) • 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) • 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) • 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
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 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태(15%) • 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) • 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	• 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) • 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) • 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷입고 벗기	• 상 · 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) • 상 · 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) • 상 · 하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

[별표3] [장애인 복지법], [장애인 복지법 시행령], [장애인 복지법 시행규칙]

[장애인 복지법]

2021. 6. 8 시행(법률 제18220호, 2021. 6. 8, 일부개정)

제2조(장애인의 정의 등)

① “장애인”이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.

② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.

1. “신체적 장애”란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
2. “정신적 장애”란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

③ “장애인학대”란 장애인에 대하여 신체적·정신적·정서적·언어적·성적 폭력이나 가혹행위, 경제적 착취, 유기 또는 방임을 하는 것을 말한다.

<신설 2012. 10. 22., 2015. 6. 22.>

[장애인 복지법 시행령]

2021. 6. 4 시행(대통령령 제31718호, 2021. 6. 1, 일부개정)

제2조(장애인의 종류 및 기준)

① 「장애인복지법」(이하 “법”이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 “대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자”란 별표 1에서 정한 사람을 말한다. <개정 2018. 12. 31.>

② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.<개정 2018. 12. 31.>

[제목개정 2018. 12. 31.]

[장애인 복지법 시행규칙]

2021. 6. 4 시행(보건복지부령 제800호, 2021. 6. 4, 일부개정)

제2조(장애인의 장애 정도 등)

① 「장애인복지법 시행령」(이하 “영”이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애 정도는 별표 1과 같다.<개정 2019. 6. 4.>

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애 정도의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.<개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2019. 6. 4.>

[제목개정 2019. 6. 4.]

[별표3.1] 장애의 종류 및 기준에 따른 장애인

장애인복지법 시행령 [별표1] [개정 2021. 4. 13]

장애의 종류 및 기준에 따른 장애인

아래의 장애의 종류 및 기준에 따른 장애인은 장애인복지법 시행령 제2조와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

1. 지체장애인
   가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람
   나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
   다. 한 다리를 가로발목뼈관절(lisfranc joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
   라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
   마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람
   바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람
   사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람
2. 뇌병변장애인
   뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람
3. 시각장애인
   가. 나쁜 눈의 시력(공인된 시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람
   나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
   다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
   라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람
   마. 두 눈의 중심 시야에서 20도 이내에 겹보임[복시(複視)]이 있는 사람
4. 청각장애인
   가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
   나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람
   다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
   라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 언어장애인
   음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람
6. 지적장애인
   정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자

신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람

7. 자폐성장애인

소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인

다음 각 목의 장애·질환에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

가. 지속적인 양극성 정동장애(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 조현병, 조현정동장애(調絃情動障碍) 및 재발성 우울장애

나. 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애, 투렛장애(Tourette's disorder) 및 기면증

9. 신장장애인

신장의 기능장애로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

10. 심장장애인

심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

11. 호흡기장애인

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

12. 간장애인

간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

13. 안면장애인

안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람

14. 장루·요루장애인

배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

15. 뇌전증장애인

뇌전증에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

[별표3.2] 장애인의 장애 정도

장애인복지법 시행규칙 [별표1] [개정 2021. 4. 13]

장애인의 장애 정도

아래의 장애인의 장애 정도는 장애인복지법 시행규칙 제2조와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

1. 지체장애인
  가. 신체의 일부를 잃은 사람
    1) 장애의 정도가 심한 장애인
      가) 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
      나) 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람
      다) 두 다리를 가로발목뼈관절(Chopart's joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
      라) 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람
    2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
      가) 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람
      나) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
      다) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락을 모두 잃은 사람
      라) 한 다리를 발목발허리관절(lisfranc joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
      마) 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
  나. 관절장애가 있는 사람
    1) 장애의 정도가 심한 장애인
      가) 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
      나) 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
      다) 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
      라) 한 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
      마) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
      바) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
      사) 두 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 중 2개 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
      아) 두 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
      자) 한 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
      가) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가

있는 사람
나) 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
다) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
라) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락, 다섯째손가락 모두의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
마) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
바) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 하나의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
사) 두 발의 모든 발가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
아) 한 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
자) 한 다리의 엉덩관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
차) 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

다. 지체기능장애가 있는 사람
1) 장애의 정도가 심한 장애인
가) 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
나) 두 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람
다) 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
라) 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
마) 한 다리의 기능을 잃은 사람
바) 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
사) 목뼈 또는 등·허리뼈의 기능을 잃은 사람
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
가) 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
나) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
다) 한 손의 엄지손가락의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
라) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람
마) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락 모두의 기능을 잃은 사람
바) 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람
사) 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
아) 목뼈 또는 등·허리뼈의 기능이 저하된 사람

라. 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람
(장애의 정도가 심하지 않은 장애인에 해당함)
1) 한 다리가 건강한 다리보다 5센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람
2) 척추옆굽음증(척추측만증)이 있으며, 굽은각도가 40도 이상인 사람
3) 척추뒤굽음증(척추후만증)이 있으며, 굽은각도가 60도 이상인 사람
4) 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145센티미터 이하인 사람
5) 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140센티미터 이하인 사람
6) 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람

2. 뇌병변장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인
1) 보행 또는 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
2) 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저히 제한된 사람
나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
보행 시 절뚝거림을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경미하게 제한된 사람

3. 시각장애인
가. 장애의 정도가 심한 장애인
1) 좋은 눈의 시력(공인된 시력표로 측정한 것을 말하며, 굴절이상이 있는 사람은 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.06 이하인 사람
2) 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람
나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
1) 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
2) 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람
3) 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50퍼센트 이상 감소한 사람
4) 나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람
5) 두 눈의 중심 시야에서 20도 이내에 겹보임[복시(複視)]이 있는 사람

4. 청각장애인
가. 청력을 잃은 사람
1) 장애의 정도가 심한 장애인
두 귀의 청력을 각각 80데시벨 이상 잃은 사람
(귀에 입을 대고 큰소리로 말을 해도 듣지 못하는 사람)
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
가) 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
나) 두 귀의 청력을 각각 60데시벨 이상 잃은 사람
(40센티미터 이상의 거리에서 발성된 말소리를 듣지 못하는 사람)
다) 한 귀의 청력을 80데시벨 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40데시벨 이상 잃은 사람
나. 평형기능에 장애가 있는 사람
1) 장애의 정도가 심한 장애인
양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나고, 복합적인 신체운동이 어려운 사람

5. 언어장애인
가. 장애의 정도가 심한 장애인
음성기능이나 언어기능을 잃은 사람
나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인(장애의 정도가 심한 장애인에 해당함)
지능지수가 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람

7. 자폐성장애인(장애의 정도가 심한 장애인에 해당함)
제10차 국제질병사인분류(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 않고, 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적인 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인
가. 장애의 정도가 심한 장애인
1) 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람
2) 양극성 정동장애(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애)에 따른 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심하지는 않으나, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람
3) 재발성 우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람
4) 조현정동장애(調絃情動障碍)로 1)부터 3)까지에 준하는 증상이 있는 사람
나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
1) 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람
2) 양극성 정동장애(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애)에 따른 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심하지는 않으나, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람
3) 재발성 우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람
4) 조현정동장애(調絃情動障碍)로 1)부터 3)까지에 준하는 증상이 있는 사람
5) 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 투렛장애(Tourette ‘s disorder) 또는 기면증으로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심한 경우로서 일상생활이나 사회생활에 수시로 도움이 필요한 사람

9. 신장장애인
가. 장애의 정도가 심한 장애인
만성신부전증으로 3개월 이상 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람
나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
신장을 이식받은 사람

10. 심장장애인
  가. 장애의 정도가 심한 장애인
    심장기능의 장애가 지속되며, 가정에서 가벼운 활동은 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나 정상적인 사회활동을 하기 어려운 사람
  나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
    심장을 이식받은 사람

11. 호흡기장애인
  가. 장애의 정도가 심한 장애인
    1) 만성호흡기 질환으로 기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활하는 사람
    2) 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능장애로 평지에서 보행해도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제날숨량) 또는 폐확산능(폐로 유입된 공기가 혈액내로 녹아드는 정도)이 정상예측치의 40퍼센트 이하이거나 안정시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 65밀리미터수은주(㎜Hg) 이하인 사람
  나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
    1) 폐를 이식받은 사람
    2) 늑막루가 있는 사람

12. 간장애인
  가. 장애의 정도가 심한 장애인
    1) 간경변증, 간세포암종 등 만성 간질환을 가진 것으로 진단받은 사람 중 잔여 간기능이 만성 간질환 평가척도(Child-Pugh score) 평가상 C등급인 사람
    2) 간경변증, 간세포암종 등 만성 간질환을 가진 것으로 진단받은 사람 중 잔여 간기능이 만성 간질환 평가척도(Child-Pugh score) 평가상 B등급이면서 난치성 복수(腹水)가 있거나 간성뇌증 등의 합병증이 있는 사람
  나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
    간을 이식받은 사람

13. 안면장애인
  가. 장애의 정도가 심한 장애인
    1) 노출된 안면부의 75퍼센트 이상이 변형된 사람
    2) 노출된 안면부의 50퍼센트 이상이 변형되고 코 형태의 3분의 2 이상이 없어진 사람
  나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
    1) 코 형태의 3분의 1 이상이 없어진 사람
    2) 노출된 안면부의 45퍼센트 이상에 백반증(白斑症)이 있는 사람
    3) 노출된 안면부의 30퍼센트 이상이 변형된 사람

14. 장루·요루장애인
  가. 장애의 정도가 심한 장애인

1) 배변을 위한 말단 공장루를 가지고 있는 사람
2) 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있는 사람
3) 장루 또는 요루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장애가 있는 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
1) 장루 또는 요루를 가진 사람
2) 방광루를 가진 사람

15. 뇌전증장애인
가. 성인 뇌전증
1) 장애의 정도가 심한 장애인
만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 연 6회 이상의 발작(중증 발작은 월 5회 이상을 연 1회, 경증 발작은 월 10회 이상을 연 1회로 본다)이 있고, 발작으로 인한 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 수시로 필요한 사람
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 연 3회 이상의 발작(중증 발작은 월 1회 이상을 연 1회, 경증 발작은 월 2회 이상을 연 1회로 본다)이 있고, 이에 따라 협조적인 대인관계가 곤란한 사람

나. 소아청소년 뇌전증
1) 장애의 정도가 심한 장애인
전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대(筋間代) 발작, 부분발작 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 수시로 필요한 사람
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대(筋間代) 발작, 부분발작 등으로 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 필요한 사람

16. 중복된 장애의 합산 판정
정도가 심하지 않은 장애를 둘 이상 가진 장애인은 보건복지부장관이 고시하는 바에 따라 장애의 정도가 심한 장애인으로 볼 수 있다. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그렇지 않다.
가. 지체장애와 뇌병변장애가 같은 부위에 중복된 경우
나. 지적장애와 자폐성장애가 중복된 경우
다. 그 밖에 중복장애로 합산하여 판정하는 것이 타당하지 않다고 보건복지부 장관이 정하는 경우

[별표3.3] 장애유형별 장애진단시기

보건복지부 「장애정도판정기준」(고시 제2021-109호)

장애유형	장애진단 시기
지체 · 시각 · 청각 · 언어 · 안면 장애	장애의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장애가 고착되었을 때 진단하며, 그 기준 시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생 후 또는 수술 후 규정기간(6개월 또는 2년) 이상 지속적으로 치료한 후로 한다(지체절단, 척추고정술, 안구적출, 청력기관의 결손, 후두전적출술, 선천적 지적장애 등 장애상태의 고착이 명백한 경우는 예외로 한다).
뇌병변 장애	1. 뇌성마비, 뇌졸중, 뇌손상 등과 기타 뇌병변(파킨슨병 제외)이 있는 경우는 발병 또는 외상 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후에 장애 진단을 하여야 한다. 2. 파킨슨병은 1년 이상의 성실하고 지속적인 치료 후에 장애 진단을 하여야 한다.
정신 장애	규정기간(1년 또는 2년) 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었을 때에 한다.
자폐성 장애	전반성발달장애(자폐증)가 확실해진 시점
신장 장애	3개월 이상 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석치료를 받고 있는 사람 또는 신장을 이식받은 사람
심장 장애	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 심장을 이식받은 사람
호흡기.간 장애	현재의 상태와 관련한 최초 진단 이후 1년 이상이 경과하고, 최근 2개월 이상의 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 폐 또는 간을 이식받은 사람
장루.요루장애	복원수술이 불가능한 장루(복회음절제술 후 에스결장루, 전대장직장절제술 후 시행한 말단형 회장루 등).요루(요관피부루, 회장도관 등)의 경우에는 장루(요루)조성술 이후 진단이 가능하며, 그 외 복원수술이 가능한 장루(요루)의 경우에는 장루(요루) 조성술 후 1년이 지난 시점
뇌전증장애	1.성인의 경우 현재의 상태와 관련하여 최초 진단 이후 2년 이상의 지속적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착된 시점 2.소아청소년의 경우 뇌전증 증상에 따라 최초 진단 이후 규정기간(1년 내지 2년) 이상의 지속적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착된 시점

[별표3.4] 중복장애의 판정기준

보건복지부 「장애정도판정기준」(고시 제2021-109호)

1. 적용원칙
  가. 2종류 이상의 장애의 정도가 심하지 않은 장애가 중복되어 있는 경우 주된 장애(장애정도가 가장 높은 장애)와 차상위 장애를 합산할 수 있다.
  나. 다음의 경우에는 각각을 개별적인 장애로 판단하지 않아 중복장애로 합산하지 않는다.
    (1) 동일부위의 지체장애와 뇌병변장애
      * 뇌병변장애(포괄적평가)와 지체장애(개별적 평가)가 중복된 경우에는 뇌병변장애 판정기준에 따라 장애정도를 판정한다. 다만, 지체장애의 정도가 더 심하며, 뇌병변장애가 경미한 경우는 지체장애로 판정할 수 있다.
    (2) 지적장애와 자폐성장애
    (3) 지적장애, 자폐성장애, 정신장애와 그에 따른 증상의 일환으로 나타나는 언어장애
    (4) 장애부위가 동일한 경우
      - 눈과 귀는 좌·우 두 개이나 하나의 기능을 이루는 대칭성 기관의 특징이 있으므로 동일부위로 본다.
      - 팔과 다리는 좌·우를 각각 별개의 부위로 보나 같은 팔의 상지 3대 관절과 손가락관절 및 같은 다리의 하지 3대 관절과 발가락 관절은 동일부위로 본다.
2. 장애유형별 중복합산기준
  가. 합산하고자 하는 2종류의 장애가 개별적인 장애로 중복합산 대상이며, 각각의 장애가 모두 아래의 기준에 해당하는 경우 장애의 정도가 심한 장애인으로 상향 조정할 수 있다.
    (1) 지체장애
      (가) 절단장애
        ① 상지절단장애
        - 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 사람
        - 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
        - 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 2개의 손가락을 근위지관절
          이상 부위에서 잃은 사람
        ② 하지절단장애
        - 두 다리를 발목발허리관절(lisfranc joint) 이상 부위에서 잃은 사람
        - 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 사람
      (나) 관절장애
        ① 상지관절장애
        - 한 팔의 3대 관절 중 한 관절의 운동범위가 75% 이상 감소한 사람
        - 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
        - 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람

- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람

② 하지관절장애

- 두 다리 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
- 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람
- 한 다리의 엉덩관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 사람
- 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
- 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람

(다) 지체기능장애

① 상지기능장애

- 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람(근력등급 0, 1)
- 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람
  (근력등급 0, 1)
- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
- 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)

② 하지기능장애

- 두 다리를 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 (근력등급 3)
- 한 다리를 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람(근력등급 2)

③ 척추장애

- 목뼈 또는 등·허리뼈의 운동범위가 정상의 3/5 이상 감소된 사람

(2) 뇌병변장애

- 보행과 대부분의 일상생활동작 수행에 간헐적으로 타인의 도움이 필요하며, 수정바델지수가 70~80점인 사람

(3) 시각장애

- 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 사람
- 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람

(4) 청각장애

(가) 청력장애

- 두 귀의 청력손실이 각각 70데시벨(dB) 이상인 사람
- 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50 퍼센트 이하인 사람

(나) 평형기능장애

- 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 (임상적으로

불가피한 경우 6미터를 걷게 하여 진단할 수 있다) 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 사람

(5) 언어장애

- 발성(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장애
- 말의 흐름이 방해받는 말더듬
  (SSI : 아동 41~96%ile, 성인 24~96%ile, P-FA 41~90%ile)
- 자음정확도 30-75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장애
- 매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25-65인 경우로서 지적장애 또는 자폐성장애로 판정되지 아니하는 경우
- 매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25-65인 경우로서 지적장애 또는 자폐성장애로 판정되지 아니하는 경우

(6) 정신장애

- 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 또는 사회적 위축 등의 음성증상이 지속되어 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 측정기준 6항목 중 3항목 이상에서 도움이 필요한 사람
- 양극성 정동장애(조울증)에 따른 기분·의욕·행동 및 사고의 장애 등의 증상기가 심하지는 않으나 지속되거나 자주 반복되어 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 측정기준 6항목 중 3항목 이상에서 도움이 필요한 사람
- 재발성 우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울 증상기가 심하지는 않으나 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 측정기준 항목 중 3항목 이상에서 도움이 필요한 사람
- 조현정동장애로 장애의 정도가 심하지 않은 장애인의 1호내지 3호에 준하는 증상이 있는 사람
- 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 투렛장애(Tourette's disorder) 및 기면증에 따른 기분·의욕·행동 및 사고장애의 증상이 심하여, 일상생활이나 사회생활에 상당한 제한이 있는 경우로서 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 측정기준 6항목 중 3항목 이상에서 수시로 도움이 필요한 사람

(7) 안면장애

- 노출된 안면부의 60%이상의 변형이 있는 사람
- 코 형태의 2/3이상이 없어진 사람
- 노출된 안면부의 45%이상 변형이 있고 코 형태의 1/3이상이 없어진 사람

(8) 장루·요루장애

- 장루 또는 요루를 가진 사람
- 방광루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공이 있는 사람
- 코크파우치, 미트라파노프 수술을 시행한 경우
- 선행성 관장루를 가지고 있고 코크파우치 또는 미트라파노프 수술을 시행한 경우

(9) 뇌전증장애

(가) 성인(만 18세 이상)

- 만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월2회 이상의 경증발작이 연 6회 이상 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 현저히 곤란한 사람

(나) 소아청소년(만 18세 미만)

- 전신발작은 1개월에 1~3회의 발작이 있는 사람
- 신체의 손상을 초래할 수 있는 경우로 넘어지면서 머리가 먼저 바닥에 떨어지는 발작(head drop, falling attack)은 6개월에 1~5회의 발작이 있는 사람
- 영아연축(Infantile spasm), 레녹스-가스토 증후군(Lennox-Gastaut syndrome) 등과 같은 뇌전증성 뇌병증 (epileptic encephalopathy)은 6개월에 1~5회의 발작이 있는 사람
- 근간대성발작(myoclonic seizure)이 중하여(severe) 자주 넘어져 다칠 수 있는 경우(falling attack을 초래하는 경우)는 6개월에 1~5회의 발작이 있는 사람
- 부분발작은 1개월에 1~9회의 발작이 있는 사람

나. 합산하고자 하는 2종류의 장애 중 한 가지만 위의 가.항에 해당하나 다른 장애가 아래의 기준에 해당하는 경우 장애의 정도가 심한 장애인으로 상향 조정할 수 있다.

(1) 지체장애

(가) 절단장애

① 상지절단장애

- 한 손의 엄지손가락을 중수지관절 이상 부위에서 잃은 사람
- 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 1개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람

② 하지절단장애

- 두 발의 엄지발가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 발가락을 근위지관절(제1관절) 이상 부위에서 잃은 사람
- 한 다리를 가로발목뼈관절(Chopart's joint) 이상 부위에서 잃은 사람

(나) 관절장애

① 상지관절장애

- 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람
- 한 팔의 3대관절 중 2개의 운동범위가 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
- 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
- 한 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 75% 이상 감소된 사람
- 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람

※ 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절에 인공관절치환술을 시행하여 2관절 이상 예후가 불량한 경우 (뚜렷한 골 융해, 삽입물의 이완, 중등도 이상의 불안정 또는 강직, 염증 소견이 뼈스캔 사진 등 영상자료로 확인되는 경우)에 나.항에 준용한다. 다만, 관절기능의 기여도가 적은 팔꿈치 관절의 요골두 치환술이나 손목관절의 원위척골 치환술과 같은 부분치환술을 시행한 경우는 장애정도를 인정하지 않는다.

- 중등도 이상의 불안정은 방사선상 아탈구가 나타나는 경우를 말하며, 중증도 이상의 강직은 관절운동의 범위가 해당 관절 운동범위의 50%이상 감소된

경우를 말한다.

② 하지관절장애

- 한 다리의 엉덩관절 또는 무릎관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람
- 한 다리의 발목관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 사람
- 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
- 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람
- 두 발의 모든 발가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람

※ 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절에 인공관절치환술을 시행하여 2관절 이상 예후가 불량한 경우 (뚜렷한 골 융해, 삽입물의 이완, 중등도 이상의 불안정 또는 강직, 염증소견이 뼈스캔 사진 등 영상자료로 확인되는 경우)에 나.항에 준용한다. 다만, 관절기능의 기여도가 적은 슬개골 치환술 등과 같은 부분치환술을 시행한 경우는 장애정도를 인정하지 않는다.

- 중등도 이상의 불안정은 방사선상 아탈구가 나타나는 경우를 말하며, 중등도 이상의 강직은 엉덩관절 또는 무릎관절의 운동범위가 해당 관절 운동범위의 50% 이상 감소된 경우 또는 발목관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 경우를 말한다.

(다) 지체기능장애

① 상지기능장애

- 한 팔을 마비로 기능적이지 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
- 두 손의 엄지손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수
  있는 사람(근력등급 3)
- 한 손의 엄지손가락을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
- 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)

② 하지기능장애

- 한 다리를 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 (근력등급 3)
- 두 발의 모든 발가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
- 한 발목의 마비로 굴곡 및 신전 기능이 모두 소실된 사람(근력등급 0, 1)

③ 척추장애

- 목뼈 또는 등·허리뼈의 운동범위가 정상의 2/5 이상 감소된 사람
- 강직성 척추질환으로 목뼈와 등뼈 또는 등뼈와 허리뼈가 완전강직된 사람

(라) 변형 등의 장애

- 한 다리가 건강한 다리보다 10㎝ 이상 또는 건강한 다리의 길이의 10분의 1 이상 짧은 사람

(2) 뇌병변장애

- 보행과 대부분의 일상생활동작을 타인의 도움 없이 자신이 수행하나 간헐적으로 수행하지 못하는 때가 있으며 수정바델지수가 81~89점인 사람

(3) 시각장애
- 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
- 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50% 이상 감소한 사람

(4) 청각장애
(가) 청력장애
- 두 귀의 청력손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
- 심한 이명이 있으며, 청력장애 정도가 한귀의 청력손실이 80데시벨(dB) 이상 다른 귀의 청력손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람

(나) 평형기능장애
- 평형기능 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나고(임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 하여 진단할 수 있다) 일상에서 복합적인 신체운동이 필요한 활동이 불가능한 사람

(5) 신장장애
- 신장을 이식받은 사람

(6) 심장장애
- 심장을 이식받은 사람

(7) 호흡기장애
- 폐를 이식받은 사람
- 늑막루가 있는 사람

(8) 간장애
- 간을 이식받은 사람

(9) 안면장애
- 노출된 안면부의 45% 이상이 변형된 사람
- 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

(10) 장루요루장애
- 방광루를 가진 사람
- 선행성 관장루를 시행한 경우

※ 심각한 배뇨장애가 있어 지속적으로 간헐적 도뇨(CIC)를 하는 사람, 인공 방광 수술을 한 사람, 방광의 손상·부분절제 또는 요도괄약근의 손상 등에 의한 완전요실금으로 항상 기저귀를 착용하는 사람으로 요역동학검사 등 객관적인 검사결과 배뇨근 수축이 없거나 현저히 감소된 경우는 나.항에 준용한다.

(11) 뇌전증장애
(가) 성인
- 만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 3회 이상 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 곤란한 사람

[별표-질병관련1] 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00～C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15～C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물	C30～C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40～C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45～C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물	C51～C58
9. 남성생식기관의 악성신생물	C60～C63
10. 요로의 악성신생물	C64～C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69～C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73～C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76～C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81～C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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.

4. C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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-질병관련4] 10대 주요암 분류표

약관에 규정하는 10대 주요암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
3. 담낭의 악성신생물	C23
4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
5. 췌장의 악성신생물	C25
6. 기관의 악성신생물	C33
7. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
8. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40～C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
9. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C70～C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
10. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81～C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/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 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병 [과호산구증후군]	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된

당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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-질병관련5] 중대한 암의 정의

1. 중대한 암이라 함은 악성종양세포가 존재하고 또한 주위의 정상조직을 침윤하여 파괴하는 악성세포의 무차별적 증식으로 특징지을 수 있는 악성 종양을 말하며, 백혈병(Leukaemia), 악성림프종(malignant lymphoma), 호지킨병(Hodgkins Disease)을 포함합니다. 그러나, 다음 각 호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.

가. 다음의 가)~사)에 해당하는 악성종양

1) 악성흑색종(Melanoma) 중에서 침범정도가 낮은(Breslow 분류법 상 그 깊이가 1.5㎜ 이하인 경우를 말합니다) 경우

2) 초기전립선암(Modified Jewett 병기분류상 stage B0 이하 또는 1992년 TNM 병기상 T1c 이하인 모든 전립선암을 말합니다)

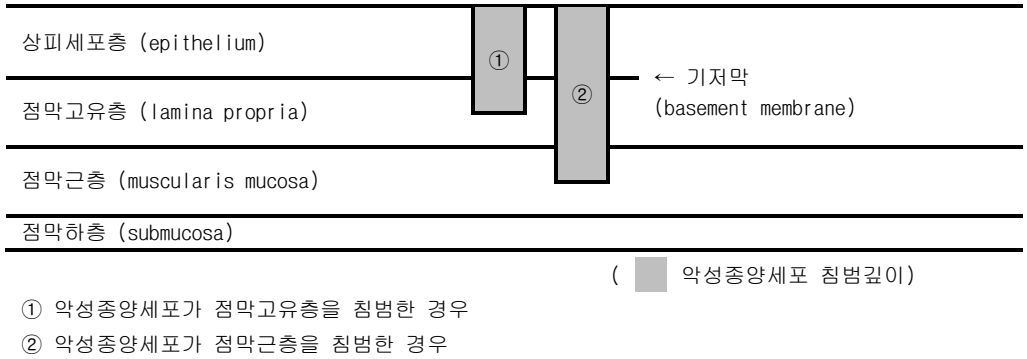
3) 갑상선암(제8차 개정 한국표준질병·사인분류 C73)

4) 악성흑색종(Melanoma) 이외의 모든 피부암(제8차 개정 한국표준질병·사인분류 C44)

5) 사람면역결핍바이러스(HIV) 관련된 악성종양(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV 감염과 관련된 악성종양은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)

6) 대장점막내암(대장점막내암이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다)

<대장점막내암 예시>



7) 「중대한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)」 이전에 발생한 암이 「중대한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)」 이후에 재발되거나 전이된 경우

나. 병리학적으로 전암병소(Premalignant Condition or Condition With Malignant Potential), 제자리암(Carcinoma In-Situ), 경계성종양(Borderline Tumour)으로 중대한 암에 해당되지 않는 질병

다. 신체부위에 관계없이 병리학적으로 현재 양성종양인 경우

2. 중대한 암은 반드시 종양전문의나 병리학전문의(병리 또는 진단검사의학 전문의를 말합니다)에 의해서 조직학적 악성의 증거에 기초해서 진단 확정되어야 하며, 이 진단은 조직검사(Fixed Tissue), 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration Biopsy) 또는 혈액검사(Hemic System)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 중대한 암에 대한 임상학적 진단이 중대한 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 중대한 암으로 진단 또는 치

료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

[별표-질병관련6] 위암 및 식도암 분류표

약관에 규정하는 위암 및 식도암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 위의 악성 신생물	C16

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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.

4. C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표-질병관련7] 대장암 및 소장암 분류표

약관에 규정하는 대장암 및 소장암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 소장의 악성 신생물	C17
2. 결장의 악성 신생물	C18
3. 질장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
4. 직장의 악성 신생물	C20

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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.

4. C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표-질병관련8] 폐암 및 후두암 분류표

약관에 규정하는 폐암 및 후두암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 후두의 악성 신생물	C32
2. 기관의 악성 신생물	C33
3. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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.

4. C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표-질병관련9] 간 · 담낭 · 담도암 및 췌장암 분류표

약관에 규정하는 간 · 담낭 · 담도암 및 췌장암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
2. 담낭의 악성 신생물	C23
3. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
4. 췌장의 악성 신생물	C25

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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.

4. C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표-질병관련10] 유방암 분류표

약관에 규정하는 유방암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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.

4. C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표-질병관련11] 여성생식기암 분류표

약관에 규정하는 여성생식기암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 외음의 악성 신생물	C51
2. 질의 악성 신생물	C52
3. 자궁경부의 악성 신생물	C53
4. 자궁체부의 악성 신생물	C54
5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
6. 난소의 악성 신생물	C56
7. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
8. 태반의 악성 신생물	C58

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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.

4. C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표-질병관련12] 남성생식기암 분류표

약관에 규정하는 남성생식기암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 음경의 악성 신생물	C60
2. 전립선의 악성 신생물	C61
3. 고환의 악성 신생물	C62
4. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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.

4. C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표-질병관련13] 비뇨기관암 분류표

약관에 규정하는 비뇨기관암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
2. 신우의 악성 신생물	C65
3. 요관의 악성 신생물	C66
4. 방광의 악성 신생물	C67
5. 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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.

4. C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표-질병관련14] 간염(B,C형) 분류표

약관에 규정하는 간염(B,C형)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1.급성 B형간염	B16
2.만성 B형간염에서의 급성 델타(중복)감염	B17.0
3.급성 C형간염	B17.1
4.델타-병원체가 있는 만성 바이러스B형간염	B18.0
5.델타-병원체가 없는 만성 바이러스B형간염	B18.1
6.만성 바이러스C형간염	B18.2

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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-질병관련15] 간경변 분류표

약관에 규정하는 간경변으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 알코올성 간섬유증 및 간의 경화증	K70.2
2. 알코올성 간경변증	K70.3
3. 간의 섬유증 및 경변증을 동반한 독성간질환	K71.7
4. 간의 섬유증 및 경변증	K74
5. 간의 만성 수동울혈(심장성 간경화증)	K76.1

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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-질병관련16] 갑상선기능항진증 분류표

약관에 규정하는 갑상선기능항진증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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-질병관련17] 갑상선기능저하증 분류표

약관에 규정하는 갑상선기능저하증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
2. 의약품 및 기타 외인성 물질에 의한 갑상선기능저하증	E03.2
3. 감염후 갑상선기능저하증	E03.3
4. 갑상선의 위축(후천성)	E03.4
5. 점액부종혼수	E03.5
6. 기타 명시된 갑상선기능저하증	E03.8
7. 상세불명의 갑상선기능저하증	E03.9
8. 자가면역성 갑상선염	E06.3

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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-질병관련18] 위 · 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 분류표

약관에 규정하는 위 · 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
위 · 십이지장	위의 양성신생물	D13.1
	십이지장의 양성신생물	D13.2
	위 및 십이지장의 폴립	K31.7
대장	맹장의 양성신생물	D12.0
	충수의 양성신생물	D12.1
	상행결장의 양성신생물	D12.2
	횡행결장의 양성신생물	D12.3
	하행결장의 양성신생물	D12.4
	구불결장의 양성신생물	D12.5
	상세불명의 결장의 양성신생물	D12.6
	직장구불결장접합부의 양성신생물	D12.7
	직장의 양성신생물	D12.8
	직장폴립	K62.1
	결장의 폴립	K63.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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-질병관련19] 2대주요기관 양성종양 분류표

약관에 규정하는 2대주요기관 양성종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
뇌	1. 수막의 양성 신생물	D32
	2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
	4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
	5. 송과선의 양성 신생물	D35.4
심장	6. 심장의 양성 신생물	D15.1

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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-질병관련20] 여성 특정유방질환 분류표

약관에 규정하는 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 유방의 양성신생물	D24
2. 양성 유방형성이상	N60
3. 유방의 염증성 장애	N61
4. 유방의 상세불명의 덩이	N63
5. 유방의 기타 장애	N64

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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-질병관련21] 유방완전절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방완전절제수술에 해당하는 수술 및 처치코드는 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM) 중 다음에 적은 수술 및 처치 코드를 말합니다.

대상 수술명	수술 및 처치코드
유방절제술 (Mastectomy)	**85.4**
1. 한쪽 단순 유방절제술 (Unilateral simple mastectomy)	85.41
2. 양쪽 단순 유방절제술 (Bilateral simple mastectomy)	85.42
3. 한쪽 확대 단순 유방절제술 (Unilateral extended simple mastectomy)	85.43
4. 양쪽 확대 단순 유방절제술 (Bilateral extended simple mastectomy)	85.44
5. 한쪽 근치적 유방절제술 (Unilateral radical mastectomy)	85.45
6. 양쪽 근치적 유방절제술 (Bilateral radical mastectomy)	85.46
7. 한쪽 확대 근치적 유방절제술 (Unilateral extended radical mastectomy)	85.47
8. 양쪽 확대 근치적 유방절제술 (Bilateral extended radical mastectomy)	85.48

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.

[별표-질병관련22] 유방부분절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방부분절제수술에 해당하는 수술 및 처치코드는 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM) 중 다음에 적은 수술 및 처치 코드를 말합니다.

대상 수술명	수술 및 처치코드
1. 유방 조직의 절제 또는 파괴, 달리 명시되지 않은 (Excision or destruction of breast tissue, not otherwise specified)	85.20
2. 유방 병변의 국소 절제 (Local excision of lesion of breast)	85.21
3. 유방 사분부의 절제 (Resection of quadrant of breast)	85.22
4. 아전 유방절제술 (Subtotal mastectomy)	85.23
5. 이소성 유방 조직의 절제 (Excision of ectopic breast tissue)	85.24
6. 유두의 절제 (Excision of nipple)	85.25
7. 동시에 삽입물이 동반된 한쪽 피부밑 유방절제술 (Unilateral subcutaneous mammectomy with synchronous implant)	85.33
8. 기타 한쪽 피부밑 유방절제술 (Other unilateral subcutaneous mammectomy)	85.34
9. 동시에 삽입물이 동반된 양쪽 피부밑 유방절제술 (Bilateral subcutaneous mammectomy with synchronous implant)	85.35
10. 기타 양쪽 피부밑 유방절제술 (Other bilateral subcutaneous mammectomy)	85.36

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.

[별표-질병관련23] 여성 특정부인과질환 분류표

약관에 규정하는 여성 특정부인과질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 자궁의 평활근종	D25
2. 자궁의 기타 양성신생물	D26
3. 난소의 양성신생물	D27
4. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성신생물	D28
5. 난관염 및 난소염	N70
6. 자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
7. 자궁경부의 염증성 질환	N72
8. 기타 여성골반염증질환	N73
9. 달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애 (여성 매독성 골반염증질환(N74.2), 여성 임균성 골반염증질환(N74.3), 여성 클라미디아 골반염증질환(N74.4) 제외)	N74 (N74.2, N74.3, N74.4 제외)
9-1 비뇨생식계통의 결핵	A18.1
10. 바르톨린선의 질환	N75
11. 질 및 외음부의 기타 염증	N76
12. 달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
12-1 외음 및 질의 칸디다증	B37.3
13. 자궁내막증	N80
14. 여성생식기탈출	N81
15. 여성생식관를 침범한 누공	N82
16. 난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애	N83
17. 여성생식관의 폴립	N84
18. 자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
19. 자궁경부의 미란 및 외반	N86
20. 자궁경부의 이형성	N87
21. 자궁경부의 기타 비염증성 장애 (자궁경부의 무력증(N88.3) 제외)	N88 (N88.3 제외)
22. 질의 기타 비염증성 장애	N89
23. 외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
24. 무월경, 소량 및 희발 월경	N91
25. 과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
26. 기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
27. 여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
28. 폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선

적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 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-질병관련24] 여성생식기의 암 분류표

약관에 규정하는 여성생식기의 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 여성생식기관의 악성신생물	C51~C58

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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-질병관련25] 여성생식기의 제자리암 분류표

약관에 규정하는 여성생식기의 제자리암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 자궁경부의 제자리암종	D06
2. 자궁내막의 제자리암종	D07.0
3. 외음의 제자리암종	D07.1
4. 질의 제자리암종	D07.2
5. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 제자리암종	D07.3

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 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-질병관련26] 자궁적출수술 분류표

약관에 규정하는 자궁적출수술에 해당하는 수술 및 처치코드는 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM) 중 다음에 적은 수술 및 처치코드를 말합니다.

대상이 되는 수술	수술 및 처치코드
1. 아전적 복식 자궁절제술 (Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
2. 전체적 복식 자궁절제술 (Total abdominal hysterectomy)	68.4
3. 질식 자궁절제술 (Vaginal hysterectomy)	68.5
4. 근치적 복식 자궁절제술 (Radical abdominal hysterectomy)	68.6
5. 근치적 질식 자궁절제술 (Radical vaginal hysterectomy)	68.7
6. 골반 장기 적출술 (Pelvic evisceration)	68.8
7. 기타 및 상세불명 자궁절제술 (Other and unspecified hysterectomy)	68.9

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.

[별표-질병관련27] 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

1. 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 참고자료이므로, 처방된 항암제의 「표적항암제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명
1. 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호 안의 명칭이 성분명을 의미합니다. 2. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. 3. 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)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)

		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
17	이매티닙메실산염 imatinib	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	닐로티닙 염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
23	올무티닙 염산염일수화물 olmutinib	올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
		올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)

24	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
25	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
26	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
27	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
28	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
31	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	니라파립 토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
44	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
45	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
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	이노투주맙 오조가마이신	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)

	inotuzumab	
66	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
67	테르토모타이드 염산염 tertomotide	리아백스주(테르토모타이드염산염)
68	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
69	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)

[별표-질병관련28] 특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 「특정항암호르몬치료제」 해당 의약품명 및 성분명은 2021년 4월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 「특정항암호르몬치료제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명
1. 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호 안의 명칭이 성분명을 의미합니다. 2. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. 3. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「특정항암호르몬치료제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	에이덱스정(아나스트로졸)
		아리미덱스정(아나스토로졸)
		테바아나스트로졸정1밀리그램
		아트로졸정(아나스트로졸)
		페미젯정1밀리그램(아나스트로졸)
		아나스토정(아나스트로졸)
3	비칼루타미드 bicalutamide	카소덱스정(비칼루타마이드)
		비카덱스정(비칼루타마이드)
		비카루드정(비칼루타미드)
		칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카덱스정(비칼루타미드)
		카소비트정(비칼루타미드)
		프로세이드정(비칼루타미드)
		프로카덱스정(비칼루타마이드)
		프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드)
		테바비칼루타마이드정50밀리그램
		피엠에스비칼루타미드정50밀리그램(비칼루타미드(미분화))
4	다로루타마이드 darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
5	데가렐릭스 degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스)
		퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타마이드 enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)

7	에스트라머스틴 estramustine	에스트라시트캡슐140밀리그램 (에스트라머스틴인산나트륨수화물)
8	엑스메스탄 exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
9	풀베스트란트 fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)
10	고세렐린 goserelin	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
11	레트로졸 letrozole	페마라정(레트로졸)
		레나라정(레트로졸)
		트로젯정2.5밀리그램(레트로졸)
		레트론정(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		파누엘정2.5밀리그램(레트로졸)
		테바레트로졸정2.5밀리그램
12	류프로렐린 leuprorelin (leuprolide)	루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주30밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
13	메드록시프로게스테론 medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
14	타목시펜 tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타목센정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
15	토레미펜 toremifene	화레스톤정40밀리그램(토레미펜시트르산염)
16	트립토렐린 triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)
		데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염)
		디페렐린피알3.75밀리그람주(초산트립토렐린)
		디페렐린피알주11.25밀리그람(파모산트립로렐린)
		디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)
17	메게스트롤 megestrol	메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트)

		네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트)
		대원메게스트롤이에스현탁액(메게스트롤아세테이트)
		대원초산메게스트롤현탁액
		메게롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게시아현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이스내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이스에프내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이트현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게프로현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
		비씨메게스트롤현탁액(초산메게스트롤)
		애피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		애피트롤이에스내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		제이트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
18	아팔루타마이드 apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)

[별표-질병관련29] 갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 「갑상선 호르몬치료제」 해당 의약품명 및 성분명은 2021년 3월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 약제의 「갑상선 호르몬치료제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명
1. 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호 안의 명칭이 성분명을 의미합니다. 2. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. 3. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「갑상선 호르몬치료제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	레보티록신 나트륨수화물 Levothyroxine sodium	씬지로이드정0.025밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.0375밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.05밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.075밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.112밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.15밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.1밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.2밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정100마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정125마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정150마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정25마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정50마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정75마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정88마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		콤지로이드정(부광리오트릭스정)
2	리오티로닌나트륨 Liothyronine sodium	테트로닌정5㎍(리오티로닌나트륨)

[별표-질병관련30] 신경차단·파괴술 분류표

약관에 규정하는 「급여 신경차단술」 또는 「급여 신경파괴술」은 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록.상대가치점수 및 산정지침)의 제6장(마취료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
신경차단술	지주막하 신경차단술	LA210
	경막외 신경차단술	
	가. 일회성차단	
	(1) 경추 및 흉추	LA321
	(2) 요추 및 천추	LA322
	나. 지속적 차단	
	(1) 피하터널식 카테터 삽입에 의한 방법	LA222 LA223
	(2) 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법	LA224 LA225
	(3) 기타(비터널식카테터)에 의한 방법	LA226 LA227
	다. 경막외패치술 [혈액채취료 포함]	LA228
	경막외 저장기펌프 제거술	LA330
	뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	
	가. 삼차신경절, 상악신경, 하악신경	LA340
	나. 삼차신경의 분지	LA341
	다. 안면신경	LA232
	라. 설인신경	LA233
	마. 접구개신경절	LA234
	척수신경말초지차단술	
	가. 대소후두신경	LA241
	나. 상후두신경	LA242
	다. 후두신경	LA243
	라. 횡격막신경	LA244
	마. 척추부신경	LA245
	바. 액와신경	LA346
	사. 액와하부신경	LA347
	아. 견갑신경	LA247
	자. 늑간신경	LA248
	차. 장골서혜신경	LA249
	카. 장골하복신경	LA270
	타. 음부신경	LA271
	파. 좌골신경	LA272
	하. 폐쇄신경	LA273
	거. 대퇴신경	LA274
	너. 외측대퇴피신경	LA275
	더. 상박신경총	LA276

신경차단술	척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	
	가. 경신경총	LA251
	나. 방척추신경	LA352
	다. 미골신경	LA353
	라. 선택적 신경근	LA354
	마. 척추후근신경절	LA355
	바. 척수회백신경교통지	LA356
	사. 요천골신경총	LA253
	아. 척수신경 후지	LA357
	자. 후지내측지	LA358
	차. 추간관절차단	LA359
	교감신경총 및 신경절차단술	
	가. 간단한 것	LA261
	나. 복잡한 것	
	(1) 흉부교감신경절	LA361
	(2) 요부교감신경절	LA362
	(3) 복강신경총	LA264
	(4) 하장간막신경총	LA265
	(5) 상하복신경총	LA366
	(6) 외톨이신경절	LA367
신경파괴술	지주막하 신경파괴술	LB310
	경막외 신경파괴술	LB320
	뇌신경 및 뇌신경말초지파괴술	
	가. 삼차신경절 파괴술	LB331
	나. 기타 뇌신경말초지파괴술	
	(1) 삼차신경 및 그 분지	LB333
	(2) 안면신경	LB334
	(3) 설인신경	LB335
	(4) 접구개신경절	LB336
	척수신경 및 말초지파괴술	
	가. 척추신경근	LB341
	나. 척추신경절	LB342
	다. 척추신경총	LB343
	라. 늑간신경	LB344
	마. 척추관절돌기신경	LB345
	바. 음부신경	LB346
	교감신경절 및 신경총 파괴술	
	가. 성상신경절	LB351
	나. 흉부 교감신경절	LB412
	다. 요부 교감신경절	LB413
	라. 복강신경총 및 내장신경	LB353
	마. 상하복신경총	LB354
	바. 하장간막신경총	LB355

제도성 특별약관

1. 만기 자동갱신 특별약관

제1조 (계약의 갱신에 관한 사항)

① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 갱신하기 직전 계약(이하「갱신전 계약」이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 동일한 보장내용으로 자동으로 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신될 계약의 보험기간이 회사가 사업방법서에서 정한 기간 내일 것
2. 갱신전 계약의 보험기간이 끝난 날의 다음 날(이하「갱신일」이라 합니다)에 피보험자의 나이가 회사가 사업방법서에서 정한 나이의 범위 내일 것
3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
   단, 갱신일 이후 갱신전 계약의 최종회차 보험료를 납입하는 경우 보장보험료에 한하여 납입할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 정상적으로 갱신이 이루어진 경우 갱신계약의 보장은 갱신전 계약에 의한 보장이 끝나는 때부터 적용합니다.

③ 회사는 계약자에게 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 이전까지 갱신 요건, 보장내용 변경내역, 갱신보험료 및 갱신 절차 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 알려 드립니다.(단, 갱신보험료 납입면제가 발생한 경우는 제외함)

④ 회사는 제3항에 따라 계약이 갱신된 경우에 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

제2조 (갱신계약의 보험계약 적용 특칙)

제1조(계약의 갱신에 관한 사항)에 따라 갱신된 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)의 경우 아래에 정한 사항을 따릅니다.

1. 갱신시 제도 및 보험료의 적용
   갱신계약의 약관은 갱신전 계약의 약관을 적용하고, 갱신계약의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료(이하「보험요율 제도 또는 보험료」라 합니다)는 갱신일 현재의 보험요율 제도 또는 보험료를 적용합니다. 단, 법령의 개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 개정된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.
2. 갱신시 납입면제의 적용방법
   가. 1종(납입면제형)을 가입한 경우, 갱신전 계약에서 보장보험료 납입면제 사유가 발생하여 보험료가 납입면제된 경우에는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나는 날까지만 적용하며, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용하지 않고 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.
   나. 2종(납입면제 확장형)을 가입한 경우 갱신전 계약에서 보험료 납입면제사유가 발생하여 보장보험료 납입면제가 된 경우에는 자동갱신 보험료를 납입하지 않으며, 회사는 피보험자가 갱신종료보험나이에 도달할 때까지 계속 보장합니다.
3. 갱신시 보험기간의 운영
   가. 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 적용하며, 갱신계약의 갱신은 회사가 사업방법서에서 정한 기본계약 및 특별약관의 갱신종료나이 계약해당일까지로 합니다.
   나. 가.목에도 불구하고 갱신시점에서 갱신계약의 갱신일부터 회사가 사업방법서에서 정한 갱신종료나이의 계약해당일까지가 가.목의 보험기간 미만일 경우 그 잔여기간을 보험기간으로 하여 갱신되는 것으로 하며, 세부사항은 회사의 사업방법서를 따릅니다.

다. 가.목에도 불구하고 동일한 사고에 대하여 갱신전 계약에서 이미 보험금 지급사유가 발생하여 해당 보험금이 지급된 경우에는 갱신계약에서 보상하지 않습니다.

4. 갱신시 기본계약 및 특별약관의 가입 제한

가. 갱신전 계약에서 기본계약 및 특별약관(세부보장별 소멸사유가 있는 경우에는 세부보장을 포함합니다. 이하 같습니다)의 소멸사유가 발생하였을 경우 차회 이후의 갱신시에는 해당 기본계약 및 특별약관의 가입이 불가능합니다.

나. 가.목에도 불구하고 갱신이 이루어진 경우에는 해당 기본계약 및 특별약관을 무효로 하며 소멸사유 발생 이후 이미 납입한 해당보험료를 돌려 드립니다.

제3조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 갱신계약의 해제)

① 계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 보통약관 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약을 해제합니다.

② 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 차감할 수 있습니다.

제4조 (갱신일 이후 부활(효력회복)을 청약하는 경우 연체된 보험료의 적용)

보통약관 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항에서 정한 연체된 보험료는 갱신일부터 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 납입이 연체된 보험료를 말합니다.

제5조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 특별조건부 특별약관

제1조 (보험계약의 성립)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 「보험계약」이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사(이하 「회사」라 합니다)가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 이 특별약관에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」의 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

③ 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조 (특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조 (특별약관의 부가조건)

① 이 특별약관에 의하여 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

   할증위험률에 의한 보험료와 표준체 보험료와의 차액을 특별약관보험료라 하며 보험계약을 체결할 때의 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특별약관보험료(보험계약이 갱신되는 경우에는 갱신시점의 표준체 보험요율을 기준으로 이 특별약관보험료도 재산출합니다)를 더하여 납입보험료로 합니다. 다만, 특별약관보험료는 보험계약의 보험료 납입방법에 관계없이 계약자가 보장보험료로 추가납입하여야 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 보험계약에 정한 보험금을 지급합니다.

<할증위험률에 의한 보험료>
피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률보다 높은 위험률을 적용하여 산출된 보험료를 말합니다.
<표준체 보험료>
할증위험률의 가입조건(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)과 동일한 기준에서, 일반위험률을 적용하여 산출된 보험료를 말합니다.

2. 보험금감액법

   계약일부터 회사가 정하는 삭감기간 내에 보험계약의 규정에 정하는 상해 이외의 원인으로 보험계약의 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험계약의 규정에도 불구하고 계약을 체결할 때 정한 삭감기간에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

경과기간	기준	삭감기간별 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	보험계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만			60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만				75%	60%	45%
3년이상 4년미만					80%	60%
4년이상 5년미만						80%

② 제1항 제2호의 삭감기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 단, 해당계약이 계약자가 보험기간이 끝나는 날까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)인 경우「삭감기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항 제1호 및 제2호의 규정에 의하여 보험계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 (특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보험계약의 보험기간 내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.

② 이 특별약관의 보험료는 보험계약의 납입기간 중에 보험계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 보험계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조 (특별약관 내용의 변경)

이 특별약관이 부가된 보험계약의 경우에는 보험계약 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간의 변경
2. 감액완납보험으로의 변경

<감액완납보험>
차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

제6조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

3. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조 (계약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 「보험계약」이라 합니다)을 체결 또는 변경할 때 다음 각 호의 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.

1. 보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우
2. 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우

② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 및 현재 병력(계약 전 알릴 의무 사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 또는 질병 등으로 제한하며, 이 특별약관을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 제1항 제2호에도 불구하고 계약 전 알릴 의무를 위반하고 계약자가 보험계약의 변경에 대한 청약을 하지 않는 경우 회사는 보통약관 「계약 전 알릴 의무 위반의 효과」 조항에 따라 보험계약을 해지할 수 있습니다.

④ 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 보험계약 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

⑤ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

⑥ 보험계약에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이전에 발생한 질병에 대하여 보험계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 보험계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호의 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호의 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조 (특별면책조건의 내용)

① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 진단확정된 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되어 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

1. 【붙임1】(특정신체부위 분류표) 중에서 회사가 지정한 부위(이하 「특정신체부위」라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 【붙임2】(특정질병 분류표) 중에서 회사가 지정한 질병(이하 「특정질병」이라 합니다)

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」또는「보험계약의 보험기간 전체」로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을「계약의 보험기간 전체」로 적용한 경우 최초 계약 청약일부터 5년 이내에 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병 및 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병, 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.

<유의사항>

최초 계약 청약일부터 5년이내 재진단 또는 치료를 받고 회사에 보험금을 청구하지 않은 경우도 재진단 또는 치료를 받은 것으로 간주합니다.

④ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하여 드리며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우

⑤ 피보험자가 회사가 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자에게 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생했을 경우, 그 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 특정신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑦ 제1항의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

<유의사항>

회사는 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제3조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항에 대하여는 보험계약을 따릅니다.

【붙임1】 특정신체부위 분류표

구분	특 정 신 체 부 위
1	위.십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기)포함]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당 신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)

39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

【붙임2】 특정질병 분류표

약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대 상 질 병	분 류 번 호	
51	담석증	K80	담석증
52	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
53	관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스관절염
		M08	연소성 관절염
		M13	기타 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
54	척추질환	M47	척추증
		M48.0	척추협착
		M50	경추간판장애
		M51	기타 추간판장애
		M54	등통증
55	골반염	N73	기타 여성골반염증질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
56	자궁내막증	N80	자궁내막증
57	자궁근종	D25	자궁의 평활근종
58	연골증	M91	고관절 및 골반의 연소성 골연골증
		M92	기타 연소성 골연골증
		M93	기타 골연골병증
		M94	연골의 기타 장애

주) 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에

는 변경된 분류표에 따릅니다.

4. 보험료 자동납입 특별약관

제1조 (보험료납입)

① 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자의 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입하거나 급여이체를 통하여 납입합니다.

② 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 지정 금융기관 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 보험회사(이하「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 지정 금융기관 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하「보험계약」이라 합니다)「보험계약의 성립」의 규정을 적용합니다.

제2조 (보험료의 영수)

자동납입일자 또는 급여이체일자는 이 청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조 (계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

5. 이륜자동차 운전 및 탑승 중 상해 부담보 특별약관

제1조 (특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하「보험계약」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 보험계약「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어 집니다.

④ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등 주로 사용하게 된 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

② 제1항의 '이륜자동차'라 함은 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 '원동기장치자전거'를 포함합니다.

<용어해설>

개인형 이동장치(전동킥보드, 전동휠 등을 포함하며 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행 보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다)는 자동차관리법에 정한 '이륜자동차', 도로교통법에 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다.

③ 제2항에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

⑤ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

<유의사항>
회사는 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제3조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약「보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

6. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조 (적용대상)
이 특별약관은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하「보험계약」이라 합니다)에 적용합니다.

제2조 (특별약관의 체결 및 소멸)
① 이 특별약관은 계약자의 청약과 보험회사(이하「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조 (지정대리청구인의 지정)
① 계약자는 보험계약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
   1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
   2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
③ 제1항에도 불구하고 보험계약에서 지정대리청구인의 지정 기간을 별도로 제한한 경우, 계약자는 이 특별약관에서도 그 기간에 한하여 지정대리청구인을 지정할 수 있습니다.

제4조 (지정대리청구인의 변경지정)
① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
   1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
   2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
② 제1항에도 불구하고 보험계약에서 지정대리청구인의 지정 기간을 별도로 제한한 경우, 계약자는 이 특별약관에서도 그 기간에 한하여 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다.

제5조 (보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조 (보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

특별약관 색인

특별약관 색인

<기호 및 숫자>

10대 주요암 진단비 특별약관.....66
10대 주요암 항암방사선·약물 치료비 특별약관.....158
2대주요기관 양성종양 진단비 특별약관.....116
5대장기이식 수술비 특별약관.....260

<ㄱ>

간·담낭·담도암 및 췌장암 진단비 특별약관.....95
간경변 진단비 특별약관.....110
간염(B,C형) 진단비 특별약관.....108
갑상선기능저하증 진단비 특별약관.....114
갑상선기능항진증 치료비 특별약관.....111
갑상선암 수술후 호르몬약물허가 치료비 특별약관.....195
계속받는 특정항암호르몬약물허가 치료비(연간1회한) 특별약관.....190
계속받는 표적항암약물허가 치료비(연간1회한) 특별약관.....171
계속받는 항암 양성자방사선 치료비(연간1회한) 특별약관.....179
계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간1회한) 특별약관.....155
급여 양전자단층촬영(PET) 검사비용지원(연간1회한) 특별약관.....257

<ㄴ>

남성생식기암 진단비 특별약관.....103

<ㄷ>

대장암 및 소장암 진단비 특별약관.....90
두 번째 암 진단 생활자금(5년월지급형) 특별약관.....44

<ㄹ>

해당없음

<ㅁ>

말기암 호스피스완화치료비(가정형,입원형) 특별약관.....202

<ㅂ>

보험료 납입면제대상 특별약관.....254
부인과관련 특정질환 수술비 특별약관.....147

비뇨기관암 진단비 특별약관.....105

<ㅅ>

상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관.....262
상해 사망 특별약관.....248
상해 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관.....251
상해 후유장해(80%이상) 특별약관.....249
소액치료비암 및 유사암 진단비 특별약관.....85

<ㅇ>

암 급여 MRI 촬영검사비용지원(연간1회한) 특별약관.....118
암 급여 주요통증완화치료비(연간1회한) 특별약관.....198
암 다빈치로봇 수술비 특별약관.....135
암 사망 특별약관.....38
암 수술비(유사암 제외) 특별약관.....125
암 요양병원 입원일당Ⅱ(1일이상, 90일한도) 특별약관.....215
암 원인 심한장애 생활자금(5년월지급형) 특별약관.....53
암 원인 장애 생활자금(5년월지급형) 특별약관.....50
암 직접치료 입원일당Ⅱ(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관.....206
암 직접치료 종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관.....224
암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 특별약관.....230
암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한) 특별약관.....234
암 진단 생활자금(유사암 제외)(5년월지급형) 특별약관.....41
암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외) 특별약관.....57
암 최초수술비(유사암 제외) 특별약관.....121
암(유사암 제외) 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도) 특별약관.....220
암(유사암 제외)직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관.....211
여성생식기암 진단비 특별약관.....100
위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 진단비(연간1회한) 특별약관.....115
위암 및 식도암 진단비 특별약관.....87
유방관련 특정질환 수술비 특별약관.....143
유방암 진단비 특별약관.....98
유사암 수술비 특별약관.....132
유사암 진단비 특별약관.....60
유사암 최초수술비 특별약관.....129
유사암(90일면책) 진단비 특별약관.....63

<ㅈ>

재진단암 진단비 특별약관.....69
재진단암 항암방사선·약물 치료비 특별약관.....160
조혈모세포이식 수술비 특별약관.....141
종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관.....265
중대한 암 진단비 특별약관.....82
질병 사망 특별약관.....36
질병 입원 간병인 사용일당(1일이상) 특별약관.....239
질병 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관.....245
질병 후유장해(80%이상)특별약관.....37

<ㅊ>

해당없음

<ㅋ>

해당없음

<ㅌ>

특정소액암(4기) 진단비 특별약관.....76
특정유사암(4기) 진단비 특별약관.....80
특정항암호르몬약물허가 치료비 특별약관.....185

<ㅍ>

폐암 및 후두암 진단비 특별약관.....93
표적항암약물허가 치료비 특별약관.....165

<ㅎ>

항암 세기조절방사선 치료비 특별약관.....182
항암 양성자방사선 치료비 특별약관.....176
항암방사선·약물 치료비Ⅲ 특별약관.....152

<갱신형>

해당없음

<참고> 약관에서 인용된 법·규정

[법규1] 의료법 ..... Ⅲ- 3
[법규2] 의료급여법 시행령 ..... Ⅲ- 5
[법규3] 의료법 시행규칙 ..... Ⅲ- 6
[법규4] 상법 ..... Ⅲ- 8
[법규5] 상법 시행령 ..... Ⅲ- 9
[법규6] 민법 ..... Ⅲ- 10
[법규7] 전자서명법 ..... Ⅲ- 10
[법규8] 소비자기본법 ..... Ⅲ- 11
[법규9] 자동차관리법 ..... Ⅲ- 12
[법규10] 자동차 관리법 시행령 ..... Ⅲ- 12
[법규11] 자동차 관리법 시행규칙 ..... Ⅲ- 13
[법규12] 자동차손해배상 보장법 시행령 ..... Ⅲ- 13
[법규13] 도로교통법 ..... Ⅲ- 14
[법규14] 자전거 이용 활성화에 관한 법률 ..... Ⅲ- 16
[법규15] 여객자동차운수사업법 시행령 ..... Ⅲ- 17
[법규16] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 ..... Ⅲ- 19
[법규17] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령 ..... Ⅲ- 20
[법규18] 민사소송법 ..... Ⅲ- 22
[법규19] 형법 ..... Ⅲ- 24
[법규20] 폭력행위등 처벌에 관한 법률 ..... Ⅲ- 29
[법규21] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 ..... Ⅲ- 30
[법규22] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령 ..... Ⅲ- 33
[법규23] 건설기술 진흥법 ..... Ⅲ- 35
[법규24] 고압가스 안전관리법 ..... Ⅲ- 35
[법규25] 교통사고처리특례법 ..... Ⅲ- 36
[법규26] 도시가스사업법 ..... Ⅲ- 37
[법규27] 산업안전보건법 ..... Ⅲ- 37
[법규28] 시설물의 안전 및 유지관리에 관한 특별법 ..... Ⅲ- 37
[법규29] 송유관 안전관리법 ..... Ⅲ- 38
[법규30] 액화석유가스의 안전관리 및 사업법 ..... Ⅲ- 38
[법규31] 위험물안전관리법 ..... Ⅲ- 39
[법규32] 장기등 이식에 관한 법률 ..... Ⅲ- 39
[법규33] 저수지·댐의 안전관리 및 재해예방에 관한 법률 ..... Ⅲ- 40
[법규34] 전기공사업법 ..... Ⅲ- 40
[법규35] 주택법 ..... Ⅲ- 40
[법규36] 환경범죄 등의 단속 및 가중처벌에 관한 법률 ..... Ⅲ- 41
[법규37] 지역보건법 ..... Ⅲ- 41
[법규38] 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 ..... Ⅲ- 41
[법규39] 약사법 ..... Ⅲ- 42
[법규40] 고용보험법 ..... Ⅲ- 44

[법규41] 응급의료에 관한 법률 ..... Ⅲ- 46
[법규42] 응급의료에 관한 법률 시행규칙..... Ⅲ- 46
[법규43] 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법..... Ⅲ- 47
[법규44] 국민건강보험법 ..... Ⅲ- 48
[법규45] 국민건강보험법 시행령 ..... Ⅲ- 49
[법규46] 공직선거법 ..... Ⅲ- 51
[법규47] 한의약 육성법 ..... Ⅲ- 52
[법규48] 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률..... Ⅲ- 53
[법규49] 공중위생관리법 ..... Ⅲ- 54
[법규50] 도로법 ..... Ⅲ- 55
[법규51] 식품위생법 ..... Ⅲ- 55
[법규52] 아동복지법 ..... Ⅲ- 56
[법규53] 영유아보육법 ..... Ⅲ- 56
[법규54] 유통산업발전법 ..... Ⅲ- 56
[법규55] 초·중등교육법 ..... Ⅲ- 57
[법규56] 재난 및 안전관리 기본법 ..... Ⅲ- 57
[법규57] 재난 및 안전관리 기본법 시행령..... Ⅲ- 58
[법규58] 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률. Ⅲ- 60
[법규59] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률..... Ⅲ- 61
[법규60] 정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률..... Ⅲ- 64
[법규61] 전기통신사업법 ..... Ⅲ- 64
[법규62] 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률..... Ⅲ- 65
[법규63] 어린이놀이시설 안전관리법(약칭:어린이놀이시설법)..... Ⅲ- 66
[법규64] 노인장기요양보험법 ..... Ⅲ- 68
[법규65] 노인복지법 ..... Ⅲ- 69
[법규66] 지방세특례제한법 ..... Ⅲ- 70
[법규67] 금융소비자보호에 관한 법률..... Ⅲ- 71
[법규68] 장애인복지법 시행규칙 ..... Ⅲ- 73
[법규69] 관공서의 공휴일에 관한 규정..... Ⅲ- 75
[법규70] 개인정보 보호법 ..... Ⅲ- 76
[법규71] 산업재해보상보험법 시행규칙..... Ⅲ- 79

* 약관에서 인용한 법·규정은 2021 년 7 월 기준으로 작성되었습니다.

[법규1]

의료법

내용

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009. 1. 30., 2011. 6. 7., 2016. 5. 29., 2019. 4. 23., 2020. 3. 4.>

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 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. <개정 2009.1.30., 2010.1.18.>

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.<개정 2011. 8. 4.>

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.

[본조신설 2009. 1. 30.]

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

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. <개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18.>

[본조신설 2009. 1. 30.]

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.

[본조신설 2015. 12. 29.]

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

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 경력이있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회 · 전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

[법규2]

의료급여법 시행령

내용

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다. <개정 2003.12.30., 2005.7.5., 2013.12.11.>

1. 삭제 <2005.7.5.>
2. 삭제 <2005.7.5.>

② 삭제 <2005.7.5.>

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. <개정 2008.2.29., 2010.3.15.>

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다. <개정 2004.6.29.>

⑤ 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. <개정 2004.6.29., 2007.2.28., 2008.2.29., 2010.3.15., 2012.6.7., 2014.7.16.>

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. <개정 2004.6.29., 2007.2.28., 2009.3.31., 2017.12.29.>

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. <신설 2004.6.29., 2008.2.29., 2010.3.15.>

[법규3]

의료법 시행규칙

내용

제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

[본조신설 2016. 10. 6.]

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다.

[별표 3]의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련) <개정 2020. 2. 28>

1~11(생략), 12~20(생략)

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과 의원	한의원	조산원
11의2. 탕전실	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)			1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	

[별표4]의료기관의 시설규격 <개정 2019.9.27.>

1. (생략)
2. 중환자실
   가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
   나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
   다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
   라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아

중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 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 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

[법규4]

상법

내용

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다. <개정 1991.12.31.>

제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다. [본조신설 1991.12.31.]

제657조(보험사고발생의 통지의무)

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다. <신설 1991.12.31.>

제682조(제3자에 대한 보험대위)

① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.

② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

[전문개정 2014. 3. 11.]

[법규5]

상법 시행령

내용
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 [본조신설 2018. 10. 30.]

[법규6]

민법

내용

제27조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다. <개정 1984.4.10.>

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

[전문개정 1990.1.13.]

[법규7]

전자서명법

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
   가. 서명자의 신원
   나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7.~ 10. (생 략)

[법규8]

소비자기본법

내용

제70조(단체소송의 대상 등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다. <개정 2016.3.29.>

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
   나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
   다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
   나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
   다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
   라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

[법규9]

자동차관리법

내용
제3조(자동차의 종류) ① 자동차는 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2011.5.24., 2013.3.23., 2019.8.27., 2020.6.9.> 1. 승용자동차: 10인 이하를 운송하기에 적합하게 제작된 자동차 2. 승합자동차: 11인 이상을 운송하기에 적합하게 제작된 자동차. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자동차는 승차인원에 관계없이 이를 승합자동차로 본다. 가. 내부의 특수한 설비로 인하여 승차인원이 10인 이하로 된 자동차 나. 국토교통부령으로 정하는 경형자동차로서 승차인원이 10인 이하인 전방조종자동차 다. 삭제 <2019.8.27.> 3. 화물자동차: 화물을 운송하기에 적합한 화물적재공간을 갖추고, 화물적재공간의 총적재화물의 무게가 운전자를 제외한 승객이 승차공간에 모두 탑승했을 때의 승객의 무게보다 많은 자동차 4. 특수자동차: 다른 자동차를 견인하거나 구난작업 또는 특수한 용도로 사용하기에 적합하게 제작된 자동차로서 승용자동차·승합자동차 또는 화물자동차가 아닌 자동차 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. <신설 2011.5.24., 2013.3.23.> ③ 제1항에 따른 자동차의 종류는 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다. <개정 2011.5.24., 2013.3.23.>

[법규10]

자동차 관리법 시행령

내용
제2조(적용이 제외되는 자동차) 「자동차관리법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호 단서에서 "대통령령으로 정하는 것"이라 함은 다음 각호의 것을 말한다. <개정 2008.9.25., 2010.2.5., 2011.11.25.> 1. 「건설기계관리법」에 따른 건설기계 2. 「농업기계화 촉진법」에 따른 농업기계 3. 「군수품관리법」에 따른 차량 4. 궤도 또는 공중선에 의하여 운행되는 차량 5. 「의료기기법」에 따른 의료기기

[법규 11]

자동차 관리법 시행규칙

내용
제2조(자동차의 종별 구분) 법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. <개정 2015.7.7., 2017.1.6.>

[법규 12]

자동차손해배상 보장법 시행령

내용
제2조(건설기계의 범위) 「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다. <개정 2014.2.5., 2021. 1. 15> 1. 덤프트럭 2. 타이어식 기중기 3. 콘크리트믹서트럭 4. 트럭적재식 콘크리트펌프 5. 트럭적재식 아스팔트살포기 6. 타이어식 굴삭기 7.「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계 가. 트럭지게차 나. 도로보수트럭 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

[법규 13]

도로교통법

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2012.3.21., 2013.3.23., 2014.1.28., 2014.11.19. 2014.11.19., 2017.3.21., 2017.7.26., 2017.10.24., 2018. 3. 27., 2020. 5. 26., 2020. 6. 9., 2020.12.22>

(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, 유모차와 행정자치부령으로 정하는 보행보조용 의자차는 제외한다.
    나. "우마"란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 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
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 전기자전거는 제외한다)
19의2. "개인형 이동장치"란 제19호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.
20. "자전거"란 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말한다.
21. "자동차등"이란 자동차와 원동기장치자전거를 말한다.
21의2. "자전거등"이란 자전거와 개인형 이동장치를 말한다.
22. ~ 33. (생 략).

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등(개인형 이동장치는 제외한다)을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조 제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2018.3.27.>

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한

상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
<개정 2014.12.30.,2018.3.27.>

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다. <개정 2018.12.24.>

제54조(사고발생 시의 조치)

① 차 또는 노면전차의 운전 등 교통으로 인하여 사람을 사상하거나 물건을 손괴(이하 "교통사고"라 한다)한 경우에는 그 차 또는 노면전차의 운전자나 그 밖의 승무원(이하 "운전자등"이라 한다)은 즉시 정차하여 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. <개정 2014. 1. 28., 2016. 12. 2., 2018. 3. 27.>

1. 사상자를 구호하는 등 필요한 조치
2. 피해자에게 인적 사항(성명·전화번호·주소 등을 말한다. 이하 제148조 및 제156조제10호에서 같다) 제공

② 제1항의 경우 그 차 또는 노면전차의 운전자등은 경찰공무원이 현장에 있을 때에는 그 경찰공무원에게, 경찰공무원이 현장에 없을 때에는 가장 가까운 국가경찰관서(지구대, 파출소 및 출장소를 포함한다. 이하 같다)에 다음 각 호의 사항을 지체 없이 신고하여야 한다. 다만, 차 또는 노면전차만 손괴된 것이 분명하고 도로에서의 위험방지와 원활한 소통을 위하여 필요한 조치를 한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016. 12. 2., 2018. 3. 27.>

1. 사고가 일어난 곳
2. 사상자 수 및 부상 정도
3. 손괴한 물건 및 손괴 정도
4. 그 밖의 조치사항 등

③ 제2항에 따라 신고를 받은 국가경찰관서의 경찰공무원은 부상자의 구호와 그 밖의 교통위험 방지를 위하여 필요하다고 인정하면 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)이 현장에 도착할 때까지 신고한 운전자등에게 현장에서 대기할 것을 명할 수 있다.

④ 경찰공무원은 교통사고를 낸 차 또는 노면전차의 운전자등에 대하여 그 현장에서 부상자의 구호와 교통안전을 위하여 필요한 지시를 명할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>

⑤ 긴급자동차, 부상자를 운반 중인 차, 우편물자동차 및 노면전차 등의 운전자는 긴급한 경우에는 동승자 등으로 하여금 제1항에 따른 조치나 제2항에 따른 신고를 하게 하고 운전을 계속할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>

⑥ 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)은 교통사고가 발생한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 조사를 하여야 한다.

[전문개정 2011. 6. 8.]

제151조(벌칙)

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 2018.3.27.>

[법규14]

자전거 이용 활성화에 관한 법률

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2014. 11. 19., 2017. 3. 21., 2017. 7. 26.> 1. "자전거"란 사람의 힘으로 페달이나 손페달을 사용하여 움직이는 구동장치(驅動裝置)와 조향장치(操向裝置) 및 제동장치(制動裝置)가 있는 바퀴가 둘 이상인 차로서 행정안전부령으로 정하는 크기와 구조를 갖춘 것을 말한다. 1의2. "전기자전거"란 자전거로서 사람의 힘을 보충하기 위하여 전동기를 장착하고 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 것을 말한다. 가. 페달(손페달을 포함한다)과 전동기의 동시 동력으로 움직이며, 전동기만으로는 움직이지 아니할 것 나. 시속 25킬로미터 이상으로 움직일 경우 전동기가 작동하지 아니할 것 다. 부착된 장치의 무게를 포함한 자전거의 전체 중량이 30킬로그램 미만일 것

[법규15]

여객자동차운수사업법 시행령

내용

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

법 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다. <개정 2008.11.26., 2009.11.27., 2011.12.8., 2011.12.30., 2012.11.23., 2013.3.23., 2015.1.28., 2016.1.6., 2016.1.22., 2019.2.12., 2021. 4. 6.>

1. 노선 여객자동차운송사업
   가. 시내버스운송사업: 주로 특별시 · 광역시 · 특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형 · 직행좌석형 · 좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형 · 좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   다. 마을버스운송사업: 주로 시 · 군 · 구의 단일 행정구역에서 기점 · 종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업
   라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형 · 직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
2. 구역 여객자동차운송사업
   가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 다만, 다음 어느 하나에 해당하는 기관 또는 시설 등의 장과 1개의 운송계약(운임의 수령주체와 관계없이 개별 탑승자로부터 현금이나 회수권 또는 카드결제 등의 방식으로 운임을 받는 경우는 제외한다)에 따라 그 소속원[「산업입지 및 개발에 관한 법률」에 따른 산업단지, 준산업단지 및 공장입지 유도지구(이하 이 조에서 "산업단지등"이라 한다) 관리기관의 경우 해당 산업단지등의 입주기업체 소속원을 포함한다]만의 통근·통학목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.
      1) 정부기관 · 지방자치단체와 그 출연기관 · 연구기관 등 공법인
      2) 회사, 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교, 「고등교육법」 제2조에 따른 학교, 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원, 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집, 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조의2제1항제1호에 따른 학교교과교습학원 또는 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」 제3조에 따른 체육시설(「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포에 부설된 체육시설은 제외한다)
      3) 국토교통부장관 또는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하"시·도지사"라 한다)가 정하여 고시하는 산업단지 등의 관리기관
   나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송 계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업
   다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형 · 소형 · 중형 · 대형 · 모범형및 고급형 등으로 구분한다.
   라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에

따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형 · 소형 · 중형 · 대형 · 모범형및 고급형 등으로 구분한다.

[법규16]

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. <개정 2017.4.18.>

1. “손해보험회사”라 함은 「보험업법」 제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다.
2. “특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조제1항에 따른 손해배상책임을 담보하는 보험을 말한다.
3. “특수건물”이란 국유건물·공유건물·교육시설·백화점·시장·의료시설·흥행장·숙박업소·다중이용업소·운수시설·공장·공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.

[전문개정 2011.5.19.]

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임)

① 특수건물의 소유자는 그 특수건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때 또는 다른 사람의 재물에 손해가 발생한 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조제1항제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 이 경우 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물의 소유자에게 경과실(輕過失)이 있는 경우에도 또한 같다. <개정 2017.4.18.>

② 특수건물 소유자의 손해배상책임에 관하여는 이 법에서 규정하는 것 외에는「민법」에 따른다.

[전문개정 2011.5.19.]

제16조(안전점검)

① 협회는 보험계약을 체결할 때 또는 보험계약을 갱신할 때마다 해당 특수건물의 화재예방 및 소화시설의 안전점검을 하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 특수건물에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 일정 기간 안전점검을 하지 아니할 수 있다. <개정 2019. 1.15>

1. 안전점검 결과 총리령으로 정하는 화재위험도지수(「보험업법」 제176조에 따른 보험요율 산출기관이 정한 화재위험도지수를 말한다)가 낮은 특수건물
2.「고압가스 안전관리법」 제13조의2제1항에 따라 안전성향상계획을 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물
3.「산업안전보건법」 제49조의2제1항에 따라 공정안전보고서를 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물

② 협회는 필요하다고 인정할 때에는 특약부화재보험에 가입한 특수건물에 대하여 화재예방 및 소화시설의 안전점검을 할 수 있다. 이 경우 제1항 단서를 준용한다.

③ 특수건물의 소유자는 정당한 이유가 없으면 제1항과 제2항에 따른 안전점검에 응하여야 한다.

④ 특수건물의 소유자가 제1항이나 제2항에 따른 안전점검에 응하지 아니하면 협회는 소방관서의 장에게 그에 대한 안전점검을 요청할 수 있다.

⑤ 협회는 제1항과 제2항에 따른 안전점검을 할 때에 어떠한 명목의 비용도 받을 수 없다.

⑥ 제1항과 제2항에 따른 안전점검은 대통령령으로 정하는 바에 따른다.

[전문개정 2011.5.19.]

[법규17]

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

내용

제1조(목적)

이 영은 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다. <개정 2010.12.7., 2017.10.17.>

제2조(특수건물)

①「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다. <개정 1997.6.13., 1998.4.1., 1999.5.24., 2001.7.7., 2002.12.5., 2003.6.30., 2003.11.29., 2008.2.29., 2009.7.27., 2009.8.6., 2010.12.7., 2012.1.31., 2014.7.7., 2016.8.11., 2017.10.17., 2020. 12. 1.>

1. 「국유재산법」 제5조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다.

1의2. 「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.

2. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

3. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

4. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

5. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

6. 「공연법」 제2조제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

7. 「방송법」 제2조제2호의 규정에 의한 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터이상인 건물

8. 「유통산업발전법」 제2조제3호의 규정에 의한 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터이상인 건물

9. 「농수산물유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 행하는 공제중 신체손해배상특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
    가. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 게임제공업
    나. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업
    다. 「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조제13호에 따른 노래연습장업
    라. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업
    마. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호나목에 따른 일반음식점영업
    바. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호다목에 따른 단란주점영업

사. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호라목에 따른 유흥주점영업

11. 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터이상인 건물. 다만, 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 행하는 공제중 신체손해배상특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 건물을 제외한다.

12. 「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우 「공동주택관리법」 제2조제1항제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.

13. 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터이상인 건물

14. 층수가 11층이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용도로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 행하는 공제중 신체손해배상특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

15. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

16. 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

17. 「도시철도법」 제2조제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 건물로서 연면적이 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 행하는 공제 중 신체손해배상특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물은 제외한다.

18. 「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물

② 제1항제12호 및 제14호의 규정에 의한 건물의 층수계산방법은 건축법시행령의 규정에 의하되, 건축물의 옥상부분으로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다. <개정 1974.12.31., 1991.9.3., 1997.6.13., 2002.12.5., 2017.10.17.>

[법규18]

민사소송법

내용

제254조(재판장등의 소장심사권)

① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014.12.30.>

② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

[제목개정 2014.12.30.]

제266조(소의 취하)

① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.

② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.

③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.

④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.

⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서 등본을 송달하여야 한다.

⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.

② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.<개정 2014.12.30.>

② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

[제목개정 2014.12.30.]

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 수 있다. <개정 2014.12.30.>

② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

[제목개정 2014.12.30.]

제412조(반소의 제기)

① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.

② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)

상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

[법규19]

형법

내용

제13장 방화와 실화의 죄

제170조(실화)
① 과실로 인하여 제164조 또는 제165조에 기재한 물건 또는 타인의 소유에 속하는 제166조에 기재한 물건을 소훼한 자는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>
② 과실로 인하여 자기의 소유에 속하는 제166조 또는 제167조에 기재한 물건을 소훼하여 공공의 위험을 발생하게 한 자도 전항의 형과 같다.

제171조(업무상실화, 중실화)
업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 제170조의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제24장 살인의 죄

제250조(살인, 존속살해)
① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
<개정 1995.12.29.>

제251조(영아살해)
직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)
① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받어 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 전항의 형과 같다.

제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)
전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)
전4조의 미수범은 처벌한다.

제255조(예비, 음모)
제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제256조(자격정지의 병과)
제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제25장 상해와 폭행의 죄

제257조(상해, 존속상해)
① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>
③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제258조(중상해, 존속중상해)
① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년이하의 징역에 처한다. <개정 2016.1.6.>

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.
[본조신설 2016.1.6.]

제259조(상해치사)
① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.<개정 1995.12.29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)
① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. <개정 1995.12.29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. <개정 1995.12.29.>

제261조(특수폭행)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제262조(폭행치사상)
전2조의 죄를 범하여 사람을 사상에 이르게 한때에는 제257조 내지 제259조의 예에 의한다.

제263조(동시범)
독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)
상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2016.1.6.>

제265조(자격정지의 병과)
제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다 <개정 2016.1.6.>

제26장 과실치사상의 죄

제266조(과실치상)
① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. <개정 1995.12.29.>
② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. <개정 1995.12.29.>

제267조(과실치사)
과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제268조(업무상과실 · 중과실 치사상)
업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제30장 협박의 죄

제284조(특수협박)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 전조제1항, 제2항의 죄를 범한 때에는 7년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제32장 강간과 추행의 죄

제297조(강간)
폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다. <개정 2012.12.18.>

제297조의2(유사 강간)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.
[본조신설 2012.12.18.]

제298조(강제추행)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제299조(준강간, 준강제추행)
사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다. <개정 2012.12.18.>

제300조(미수범)
제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다. <개정 2012.12.18.>

제301조(강간등 상해 · 치상)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다. <개정 2012.12.18.>
[전문개정 1995.12.29.]

제301조의2(강간등 살인 · 치사)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.<개정 2012.12.18.>
[전문개정 1995.12.29.]

제302조(미성년자에 대한 간음)
미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력등에 의한 간음)
① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29., 2012.12.18., 2018.10.16.>
② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다. <개정 2012.12.18., 2018.10.16.>

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)
① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다. <개정 1995.12.29., 2012.12.18., 2020.5.19.>
② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다. <신설 2020. 5. 19.>

제305조의2(상습범)
상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2012.12.18.>
[본조신설 2010.4.15.]

제38장 절도와 강도의 죄

제332조(상습범)
상습으로 제329조 내지 제331조의2의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.
<개정 1995.12.29.>

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. <개정 1995.12.29.>
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 전2조의 예에 의한다.

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.
[전문개정 1995.12.29.]

제337조(강도상해, 치상)
강도가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제338조(강도살인·치사)
강도가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
[전문개정 1995.12.29.]

제339조(강도강간)
강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다. <개정 2012.12.18.>

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. <개정 1995.12.29.>
③ 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 살해 또는 사망에 이르게 하거나 강간한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. <개정 1995.12.29., 2012.12.18.>

제341조(상습범)
상습으로 제333조, 제334조, 제336조 또는 전조제1항의 죄를 범한 자는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제342조(미수범)
제329조 내지 제341조의 미수범은 처벌한다.
[전문개정 1995.12.29.]

제343조(예비, 음모)
강도할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 7년 이하의 징역에 처한다.

제344조(친족간의 범행)
제328조의 규정은 제329조 내지 제332조의 죄 또는 미수범에 준용한다.

제345조(자격정지의 병과)
본장의 죄를 범하여 유기징역에 처할 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제346조(동력)
본장의 죄에 있어서 관리할 수 있는 동력은 재물로 간주한다.

제42장 손괴의 죄

제369조(특수손괴)
① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제366조의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>
② 제1항의 방법으로 제367조의 죄를 범한 때에는 1년 이상의 유기징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

[법규20]

폭력행위등 처벌에 관한 법률

내용

제4조(단체등의 구성·활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.

1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기 (短期)의 2분의 1까지 가중한다.

1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
   가.「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
   나.「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
   다.「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
   라.「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄
2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

[전문개정 2014.12.30.]

[법규21]

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

내용

제32조(개인신용정보의 제공.활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.
<개정 2015.3.11.,2018.12.11.,2020.6.9>

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015.3.11., 2020.2.4.>

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다. <개정 2020.2.4.>

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.
<개정 2015.3.11.>

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <개정 2015.3.11.>

⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다. <개정 2015.3.11., 2020.2.4.>

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우

5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우
9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우
가. 양 목적 간의 관련성
나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위
다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부
10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다. <개정 2011.5.19., 2015.3.11.>

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015.3.11.>

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015.3.11.>

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015.3.11.>

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015.3.11.>

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.
1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우

3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
4. 제32조제6항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다. [전문개정 2020. 2. 4.]

[법규22]

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

내용

제28조 (개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 삭제 <2015.9.11. >

② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다. <개정 2015.9.11.,2020.8.4.>

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다. <개정 2015.9.11.>

④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다. <개정 2015.9.11.>

⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용하여야 한다.

<개정 2015.9.11.,2020.8.4>

1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
   가.신용정보제공·이용자
   나.개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
   다.신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수

⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

<개정 2020.8.4.>

1. 개인신용정보를 제공하는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공받는 개인신용정보의 항목
4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검하여야 한다. <개정 2015.9.11.,2020.8.4.>

⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여야 한다. <신설 2015.9.11.,2020.8.4.>

1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
3. 신용정보제공·이용자가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부

⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 하여야 한다. <개정 2015.9.11.,2020.8.4.>

⑩ 법 제32조제6항제4호에서 “채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적”이란 다음 각 호의 목적을 말한다. <개정 2011.8.17., 2015.9.11., 2017.1.10.2020.8.4.>

1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제9항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
   가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
   나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우
7. 삭제 <2020. 8. 4.>

⑪ 법 제32조제6항제11호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다. <개정 2020. 8. 4.>

1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우
2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유

및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다. <신설 2015.9.11.> ⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제5조제2항제1호부터 제21호까지의 규정의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다. <개정 2011. 8. 17., 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.> ⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리 · 보호 체계를 말한다. <개정 2011.8.17., 2015.9.11.>

[법규23]

건설기술 진흥법

내용
제85조(벌칙) ① 제28조 제1항을 위반하여 「건설산업기본법」 제28조에 따른 하자담보책임기간에 다리, 터널, 철도, 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설물의 구조에서 주요 부분에 중대한 손괴(損壞)를 일으켜 사람을 다치거나 죽음에 이르게 한 자는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다. <개정 2018.12. 31.> ② 제1항의 죄를 범하여 사람을 위험하게 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. **제86조(벌칙)** ① 업무상 과실로 제85조제1항의 죄를 범하여 사람을 다치거나 죽음에 이르게 한 자는 10년 이하의 징역이나 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. ② 업무상 과실로 제85조제2항의 죄를 범한 자는 5년 이하의 징역이나 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

[법규24]

고압가스 안전관리법

내용
제38조(벌칙) ① (생략) ② 업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 고압가스 시설을 손괴한 자는 2년 이하의 금고(禁錮) 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. ③ 제2항의 죄를 범하여 가스를 누출시키거나 폭발하게 함으로써 사람을 상해(傷害)에 이르게 하면 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. 사망에 이르게 하면 10년 이하의 금고 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2009.5.21.> ④ 제1항의 미수범은 처벌한다. [전문개정 2007.12.21.]

[법규25]

교통사고처리특례법

내용

제3조(처벌의 특례)

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016.1.27.,2016.12.2.>

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

[전문개정 2011.4.12.]

[법규26]

도시가스사업법

내용
제48조(벌칙) ① ~ ⑧ (생략) ⑨ 제5항부터 제8항까지의 죄를 범하여 가스를 누출시키거나 폭발하게 함으로써 사람을 상해에 이르게 한 경우에는 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에, 사망에 이르게 한 경우에는 1년 이상 10년 이하의 금고 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2014.12.30.> ⑩ ~ ⑬ (생략)

[법규27]

산업안전보건법

내용
제167조(벌칙) ① 제38조제1항부터 제3항까지(제166조의2에서 준용하는 경우를 포함한다), 제39조제1항(제166조의2에서 준용하는 경우를 포함한다) 또는 제63조(제166조의2에서 준용하는 경우를 포함한다)를 위반하여 근로자를 사망에 이르게 한 자는 7년 이하의 징역 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2020. 3. 31.> ② 제1항의 죄로 형을 선고받고 그 형이 확정된 후 5년 이내에 다시 제1항의 죄를 저지른 자는 그 형의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2020. 5. 26.>

[법규28]

시설물의 안전 및 유지관리에 관한 특별법

내용
제64조(벌칙) ① 업무상 과실로 제63조제1항 각 호의 죄를 범한 자는 5년 이하의 징역이나 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. ② 업무상 과실로 제63조제2항의 죄를 범한 자는 10년 이하의 징역이나 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.

[법규29]

송유관 안전관리법

내용

제13조(벌칙)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 3년 이상 10년 이하의 징역 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처하거나 이를 병과(倂科)할 수 있다.
1. 송유관을 손괴 또는 제거하거나 송유관의 기능에 장애를 일으켜 석유의 원활한 수송을 방해한 자
2. 송유관에 석유를 절취하기 위한 시설을 설치한 자

② 업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 제1항제1호의 죄를 범한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 송유관설치자등의 승낙 없이 송유관을 조작함으로써 석유의 원활한 수송을 방해한 자는 3년 이상 10년 이하의 징역 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처하거나 이를 병과할 수 있다.

④ 제1항 또는 제3항을 위반하여 타인을 죽거나 다치게 한 자는 5년 이상의 유기징역에 처한다.

⑤ 제2항의 죄를 범하여 타인을 죽거나 다치게 한 때에는 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.

⑥ 제1항 및 제3항에 따른 미수범은 처벌한다.

[전문개정 2008.3.28.]

[법규30]

액화석유가스의 안전관리 및 사업법

내용

제65조(벌칙)

① 액화석유가스 집단공급사업자의 가스시설을 손괴(損壞)하거나 그 기능에 장애를 가져오게 하여 액화석유가스의 공급을 방해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역 또는 1억 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 액화석유가스 충전시설을 손괴하거나 그 기능에 장애를 입혀 액화석유가스 공급을 방해한 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. <신설 2019. 8. 20.>

③ 제40조제5항을 위반하여 가스용품을 개조하여 판매하거나 판매할 목적으로 개조한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2019. 8. 20.>

④ 업무상 과실이나 중대한 과실로 제1항의 죄를 범한 자는 7년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2019. 8. 20.>

⑤ 업무상 과실이나 중대한 과실로 제2항의 죄를 범한 자는 2년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <신설 2019. 8. 20.>

⑥ 제4항 및 제5항의 죄를 범하여 가스를 누출시키거나 폭발하게 함으로써 사람을 상해(傷害)한 경우에는 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에, 사망에 이르게 한 경우에는 1년 이상 10년 이하의 금고 또는 1억 5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2019. 8. 20.>

⑦ ~ ⑩ (생략)

[법규31]

위험물안전관리법

내용

제34조(벌칙)

① 업무상 과실로 제조소등에서 위험물을 유출·방출 또는 확산시켜 사람의 생명·신체 또는 재산에 대하여 위험을 발생시킨 자는 7년 이하의 금고 또는 7천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2016.1.27.>

② 제1항의 죄를 범하여 사람을 사상(死傷)에 이르게 한 자는 10년 이하의 징역 또는 금고나 1억원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2016.1.27.>

[법규32]

장기등 이식에 관한 법률

내용

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 장기 등을 적출할 수 있다.

제47조(벌칙)

① 제18조제1항에 따른 전문의사 또는 진료담당의사가 업무상 과실로 뇌사조사서를 사실과 다르게 작성하여 뇌사자가 아닌 사람에게 뇌사판정을 하게 한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017.10.24.>

② 제1항의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 경우에는 7년 이하의 금고 또는 7천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017.10.24.>

③ 제1항의 죄를 범하여 사람을 사망에 이르게 한 경우에는 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017.10.24.>

[법규33]

저수지 · 댐의 안전관리 및 재해예방에 관한 법률

내용
제30조(벌칙) ① 제3조에 따른 저수지·댐의 보수·보강 등 필요한 조치를 하지 아니하거나 성실하게 조치를 하지 아니함으로써 저수지·댐에 중대한 손괴를 야기하여 공공의 안전에 위험을 발생하게 한 자는 10년 이하의 징역에 처한다. ② 제1항의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 자는 1년 이상의 징역에 처하고, 사망에 이르게 한 자는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다. ③ 업무상 과실 또는 중대한 과실로 제1항의 죄를 범한 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. ④ 업무상 과실 또는 중대한 과실로 제1항의 죄를 범하여 사람을 사상(死傷)에 이르게 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.

[법규34]

전기공사업법

내용
제41조(벌칙) ① 업무상 과실(過失)로 제40조제1항의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. ② 업무상 과실로 제40조제1항의 죄를 범하여 사람을 상해(傷害)에 이르게 한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처하며, 사망에 이르게 한 경우에는 7년 이하의 금고 또는 7천만원 이하의 벌금에 처한다. [전문개정 2008.12.26.]

[법규35]

주택법

내용
제98조(벌칙) ① 제33조, 제43조, 제44조, 제46조 또는 제70조를 위반하여 설계·시공 또는 감리를 함으로써 「공동주택관리법」 제36조제3항에 따른 담보책임기간에 공동주택의 내력구조부에 중대한 하자를 발생시켜 일반인을 위험에 처하게 한 설계자·시공자·감리자·건축구조기술사 또는 사업주체는 10년 이하의 징역에 처한다. <개정 2017.4.18.> ② 제1항의 죄를 범하여 사람을 죽음에 이르게 하거나 다치게 한 자는 무기징역 또는 3년 이상의 징역에 처한다. **제99조(벌칙)** ① 업무상 과실로 제98조제1항의 죄를 범한 자는 5년 이하의 징역이나 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. ② 업무상 과실로 제98조제2항의 죄를 범한 자는 10년 이하의 징역이나 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.

[법규36]

환경범죄 등의 단속 및 가중처벌에 관한 법률

내용
제5조(과실범) ① 업무상 과실 또는 중대한 과실로 제3조제1항의 죄를 범한 자는 7년 이하의 징역 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2015.2.3.> ② 업무상 과실 또는 중대한 과실로 제3조제2항 또는 제4조제3항의 죄를 범한 자는 10년 이하의 징역 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2015.2.3.> ③ 업무상 과실 또는 중대한 과실로 제3조제3항의 죄를 범한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2015.2.3.>

[법규37]

지역보건법

내용
제10조(보건소의 설치) 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. **제12조(보건의료원)** 보건소중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다. **제13조(보건지소의 설치)** 지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

[법규38]

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

내용
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. [전문개정 2012.10.22.]

[법규39]

약사법

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2007.10.17., 2008.2.29., 2009.12.29., 2010.1.18., 2011.6.7., 2013.3.23., 2014.3.18., 2016.12.2., 2017.10.24.,2019.8.27>

1. "약사(藥事)"란 의약품 · 의약외품의 제조 · 조제 · 감정(鑑定) · 보관 · 수입 · 판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.
   가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것
   나. 사람이나 동물의 질병을 진단 · 치료 · 경감 · 처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구 · 기계 또는 장치가 아닌 것
   다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구 · 기계 또는 장치가 아닌 것
5. "한약"이란 동물 · 식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조 · 절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.
7. "의약외품(醫藥外品)"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품(제4호나목 또는 다목에 따른 목적으로 사용되는 물품은 제외한다)으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 것을 말한다.
   가. 사람이나 동물의 질병을 치료 · 경감(輕減) · 처치 또는 예방할 목적으로 사용되는 섬유 · 고무제품 또는 이와 유사한 것
   나. 인체에 대한 작용이 약하거나 인체에 직접 작용하지 아니하며, 기구 또는 기계가 아닌 것과 이와 유사한 것
   다. 감염병 예방을 위하여 살균 · 살충 및 이와 유사한 용도로 사용되는 제제
8. "신약"이란 화학구조나 본질 조성이 전혀 새로운 신물질의약품 또는 신물질을 유효성분으로 함유한 복합제제 의약품으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 의약품을 말한다.
9. "일반의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것으로서 보건복지부장관과 협의하여 식품의약품안전처장이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 의약품을 말한다.
   가. 오용 · 남용될 우려가 적고, 의사나 치과의사의 처방 없이 사용하더라도 안전성 및 유효성을 기대할 수 있는 의약품
   나. 질병 치료를 위하여 의사나 치과의사의 전문지식이 없어도 사용할 수 있는 의약품
   다. 의약품의 제형(劑型)과 약리작용상 인체에 미치는 부작용이 비교적 적은 의약품
10. "전문의약품"이란 일반의약품이 아닌 의약품을 말한다.
11. "조제"란 일정한 처방에 따라서 두 가지 이상의 의약품을 배합하거나 한 가지 의약품을 그대로 일정한 분량으로 나누어서 특정한 용법에 따라 특정인의 특정된 질병을 치료하거나 예방하는 등의 목적으로 사용하도록 약제를 만드는 것을 말한다.
12. "복약지도(服藥指導)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
   가. 의약품의 명칭, 용법 · 용량, 효능 · 효과, 저장 방법, 부작용, 상호 작용이나 성상(性狀) 등의 정보를 제공하는 것
   나. 일반의약품을 판매할 때 진단적 판단을 하지 아니하고 구매자가 필요한 의약품을 선택할 수

있도록 도와주는 것

13. "안전용기·포장"이란 5세 미만 어린이가 열기 어렵게 설계·고안된 용기나 포장을 말한다.
14. "위탁제조판매업"이란 제조시설을 갖추지 아니하고 식품의약품안전처장으로부터 제조판매품목 허가를 받은 의약품을 의약품제조업자에게 위탁하여 제조판매하는 영업을 말한다.
15. "임상시험"이란 의약품 등의 안전성과 유효성을 증명하기 위하여 사람을 대상으로 해당 약물의 약동(藥動)·약력(藥力)·약리·임상적 효과를 확인하고 이상반응을 조사하는 시험(생물학적 동등성시험을 포함한다)을 말한다. 다만, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 첨단재생의료 임상연구는 제외한다.
16. "비임상시험"이란 사람의 건강에 영향을 미치는 시험물질의 성질이나 안전성에 관한 각종 자료를 얻기 위하여 실험실과 같은 조건에서 동물·식물·미생물과 물리적·화학적 매체 또는 이들의 구성 성분으로 이루어진 것을 사용하여 실시하는 시험을 말한다.
17. "생물학적 동등성시험"이란 생물학적 동등성을 입증하기 위한 생체시험으로서 동일 주성분을 함유한 두 제제의 생체이용률이 통계학적으로 동등하다는 것을 보여주는 시험을 말한다.
18. "희귀의약품"이란 제4호에 따른 의약품 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 의약품으로서 식품의약품안전처장의 지정을 받은 의약품을 말한다.
    가. 「희귀질환관리법」 제2조제1호에 따른 희귀질환을 진단하거나 치료하기 위한 목적으로 사용되는 의약품
    나. 적용 대상이 드문 의약품으로서 대체 가능한 의약품이 없거나 대체 가능한 의약품보다 현저히 안전성 또는 유효성이 개선된 의약품
19. "국가필수의약품"이란 질병 관리, 방사능 방재 등 보건의료상 필수적이나 시장 기능만으로는 안정적 공급이 어려운 의약품으로서 보건복지부장관과 식품의약품안전처장이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 지정하는 의약품을 말한다

[법규40]

고용보험법

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2008. 12. 31., 2010. 1. 27., 2010. 6. 4., 2011. 7. 21., 2020. 5. 26., 2021. 1. 5.>

1. “피보험자”란 다음 각 목에 해당하는 사람을 말한다.
   가. 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」(이하 “고용산재보험료징수법”이라 한다) 제5조제1항·제2항, 제6조제1항, 제8조제1항·제2항, 제48조의2제1항 및 제48조의3제1항에 따라 보험에 가입되거나 가입된 것으로 보는 근로자, 예술인 또는 노무제공자
   나. 고용산재보험료징수법 제49조의2제1항·제2항에 따라 고용보험에 가입하거나 가입된 것으로 보는 자영업자(이하 “자영업자인 피보험자”라 한다)
2. “이직(離職)”이란 피보험자와 사업주 사이의 고용관계가 끝나게 되는 것(제77조의2제1항에 따른 예술인 및 제77조의6제1항에 따른 노무제공자의 경우에는 문화예술용역 관련 계약 또는 노무제공계약이 끝나는 것을 말한다)을 말한다.
3. “실업”이란 근로의 의사와 능력이 있음에도 불구하고 취업하지 못한 상태에 있는 것을 말한다.
4. “실업의 인정”이란 직업안정기관의 장이 제43조에 따른 수급자격자가 실업한 상태에서 적극적으로 직업을 구하기 위하여 노력하고 있다고 인정하는 것을 말한다.
5. “보수”란 「소득세법」 제20조에 따른 근로소득에서 대통령령으로 정하는 금품을 뺀 금액을 말한다. 다만, 휴직이나 그 밖에 이와 비슷한 상태에 있는 기간 중에 사업주 외의 자로부터 지급받는 금품 중 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금품은 보수로 본다.
6. “일용근로자”란 1개월 미만 동안 고용되는 사람을 말한다.

제40조(구직급여의 수급 요건)

① 구직급여는 이직한 피보험자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우에 지급한다. 다만, 제5호와 제6호는 최종 이직 당시 일용근로자였던 사람만 해당한다. <개정 2019. 1. 15., 2019. 8. 27., 2020. 5. 26.>

1. 제2항에 따른 기준기간(이하 "기준기간"이라 한다) 동안의 피보험 단위기간(제41조에 따른 피보험 단위기간을 말한다. 이하 같다)이 합산하여 180일 이상일 것
2. 근로의 의사와 능력이 있음에도 불구하고 취업(영리를 목적으로 사업을 영위하는 경우를 포함한다. 이하 이 장 및 제5장에서 같다)하지 못한 상태에 있을 것
3. 이직사유가 제58조에 따른 수급자격의 제한 사유에 해당하지 아니할 것
4. 재취업을 위한 노력을 적극적으로 할 것
5. 다음 각 목의 어느 하나에 해당할 것
   가. 제43조에 따른 수급자격 인정신청일 이전 1개월 동안의 근로일수가 10일 미만일 것
   나. 건설일용근로자(일용근로자로서 이직 당시에 「통계법」 제22조제1항에 따라 통계청장이 고시하는 한국표준산업분류의 대분류상 건설업에 종사한 사람을 말한다. 이하 같다)로서 수급자격 인정신청일 이전 14일간 연속하여 근로내역이 없을 것
6. 최종 이직 당시의 기준기간 동안의 피보험 단위기간 중 다른 사업에서 제58조에 따른 수급자격의 제한 사유에 해당하는 사유로 이직한 사실이 있는 경우에는 그 피보험 단위기간 중 90일 이상을 일용근로자로 근로하였을 것

② 기준기간은 이직일 이전 18개월로 하되, 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 다음 각 호의 구분에 따른 기간을 기준기간으로 한다. <개정 2019. 8. 27.>

1. 이직일 이전 18개월 동안에 질병·부상, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 계속하여 30일

이상 보수의 지급을 받을 수 없었던 경우: 18개월에 그 사유로 보수를 지급 받을 수 없었던 일수를 가산한 기간(3년을 초과할 때에는 3년으로 한다)

2. 다음 각 목의 요건에 모두 해당하는 경우: 이직일 이전 24개월

가. 이직 당시 1주 소정근로시간이 15시간 미만이고, 1주 소정근로일수가 2일 이하인 근로자로 근로하였을 것

나. 이직일 이전 24개월 동안의 피보험 단위기간 중 90일 이상을 가목의 요건에 해당하는 근로자로 근로하였을 것

제51조(훈련연장급여)

① 직업안정기관의 장은 수급자격자의 연령·경력 등을 고려할 때 재취업을 위하여 직업능력개발 훈련 등이 필요하면 그 수급자격자에게 직업능력개발 훈련 등을 받도록 지시할 수 있다.

② 직업안정기관의 장은 제1항에 따라 직업능력개발 훈련 등을 받도록 지시한 경우에는 수급자격자가 그 직업능력개발 훈련 등을 받는 기간 중 실업의 인정을 받은 날에 대하여는 소정급여일수를 초과하여 구직급여를 연장하여 지급할 수 있다. 이 경우 연장하여 지급하는 구직급여(이하 "훈련연장급여"라 한다)의 지급 기간은 대통령령으로 정하는 기간을 한도로 한다.

③ 제1항에 따른 훈련대상자·훈련 과정, 그 밖의 필요한 사항은 고용노동부령으로 정한다. <개정 2010.6.4.>

제52조(개별연장급여)

① 직업안정기관의 장은 취업이 특히 곤란하고 생활이 어려운 수급자격자로서 대통령령으로 정하는 사람에게는 그가 실업의 인정을 받은 날에 대하여 소정급여일수를 초과하여 구직급여를 연장하여 지급할 수 있다. <개정 2020. 5. 26.>

② 제1항에 따라 연장하여 지급하는 구직급여(이하 "개별연장급여"라 한다)는 60일의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 동안 지급한다.

제53조(특별연장급여)

① 고용노동부장관은 실업의 급증 등 대통령령으로 정하는 사유가 발생한 경우에는 60일의 범위에서 수급자격자가 실업의 인정을 받은 날에 대하여 소정급여일수를 초과하여 구직급여를 연장하여 지급할 수 있다. 다만, 이직 후의 생활안정을 위한 일정 기준 이상의 소득이 있는 수급자격자 등 고용노동부령으로 정하는 수급자격자에 대하여는 그러하지 아니하다. <개정 2010.6.4.>

② 고용노동부장관은 제1항 본문에 따라 연장하여 지급하는 구직급여(이하 "특별연장급여"라 한다)를 지급하려면 기간을 정하여 실시하여야 한다. <개정 2010.6.4.>

제69조의3(구직급여의 수급 요건)

구직급여는 폐업한 자영업자인 피보험자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우에 지급한다. <개정 2020. 5. 26.>

1. 폐업일 이전 24개월간 제41조제1항 단서에 따라 자영업자인 피보험자로서 갖춘 피보험 단위기간이 합산하여 1년 이상일 것
2. 근로의 의사와 능력이 있음에도 불구하고 취업을 하지 못한 상태에 있을 것
3. 폐업사유가 제69조의7에 따른 수급자격의 제한 사유에 해당하지 아니할 것
4. 재취업을 위한 노력을 적극적으로 할 것

[본조신설 2011. 7. 21.]

[법규41]

응급의료에 관한 법률

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015.1.28.>

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 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

[전문개정 2011.8.4.]

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 그러하지 아니하다. <개정 2020.12.29.>

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다. <신설 2020.12.29.>

[전문개정 2011.8.4.]

[법규42]

응급의료에 관한 법률 시행규칙

내용

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다. <개정 2008.3.3., 2008.6.13., 2010.3.19.>

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[법규43]

다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법

내용
제7조(관련 행정기관의 통보사항) ① 다른 법률에 따라 다중이용업의 허가·인가·등록·신고수리(이하 "허가등"이라 한다)를 하는 행정기관(이하 "허가관청"이라 한다)은 허가등을 한 날부터 14일이내에 행정안전부령으로 정하는 바에 따라 다중이용업소의 소재지를 관할하는 소방본부장 또는 소방서장에게 다음 각 호의 사항을 통보하여야 한다. <개정 2013.3.23., 2014.11.19., 2017.7.26.> 1. 다중이용업주의 성명 및 주소 2. 다중이용업소의 상호 및 주소 3. 다중이용업의 업종 및 영업장 면적 ② 허가관청은 다중이용업주가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때에는 그 신고를 수리(受理)한 날부터 30일 이내에 소방본부장 또는 소방서장에게 통보하여야 한다.<개정 2015.1.20.> 1. 휴업·폐업 또는 휴업 후 영업의 재개(再開) 2. 영업 내용의 변경 3. 다중이용업주의 변경 또는 다중이용업주 주소의 변경 4. 다중이용업소 상호 또는 주소의 변경 [전문개정 2011.5.30.]

[법규44]

국민건강보험법

내용

제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하"요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다. <신설 2016.2.3.>

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2016.2.3.>

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하"비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다. <개정 2016.2.3.>

제42조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다. <개정 2018.3.27.>

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건 의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리할 수 있다. <개정 2016.2.3.>

⑤ 제1항 제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

[법규45]

국민건강보험법 시행령

내용

[별표3] <개정 2019. 10. 22>

본인부담상한액의 산정방법(제19조제4항 관련)

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 "상한액기준보험료"라 한다)에 따라 그 금액을 달리한다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
2. 가입자 또는 피부양자의 본인부담상한액은 나목에 따른 상한액기준보험료의 구간별로 가목의 산정방법에 따라 산정한다.

가. 본인부담상한액 산정 방법

1) 계산식

해당 연도 본인부담상한액 = 전년도 본인부담상한액 × (1 + 전국소비자물가변동률)

2) 전국소비자물가변동률은 「통계법」 제3조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 적용하되, 그 전국소비자 물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5를 적용한다.

3) 1)의 계산식에 따라 해당 연도 본인부담상한액을 산정한 경우에 1만원 미만의 금액은 버린다.

나. 본인부담상한액 산정 단위 상한액기준보험료의 구간

1) 지역가입자인 경우. 이 경우 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액의 하한과 같은 경우에는 가)에 해당하는 것으로 본다.

가) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

나) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

다) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

라) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

마) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

바) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

사) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

2) 직장가입자 또는 피부양자인 경우

가) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

나) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

다) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

라) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

마) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

바) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

사) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

3. 본인부담상한액은「의료법」제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 120일을 초과하여 입원한 경우(이하"120일 초과 입원"이라 한다)와 그 밖의 경우로 나누어 다음 각 목에 따라 적용한다.

가.지역가입자인 경우

구분	본인부담상한액	
	120일 초과 입원	그 밖의 경우
1) 제2호나목1)가)의 경우	125만원	81만원
2) 제2호나목1)나)의 경우	157만원	101만원
3) 제2호나목1)다)의 경우	211만원	152만원
4) 제2호나목1)라)의 경우	280만원	
5) 제2호나목1)마)의 경우	350만원	
6) 제2호나목1)바)의 경우	430만원	
7) 제2호나목1)사)의 경우	580만원	

나.직장가입자 또는 피부양자인 경우

구분	본인부담상한액	
	120일 초과 입원	그 밖의 경우
1) 제2호나목1)가)의 경우	125만원	81만원
2) 제2호나목1)나)의 경우	157만원	101만원
3) 제2호나목1)다)의 경우	211만원	152만원
4) 제2호나목1)라)의 경우	280만원	
5) 제2호나목1)마)의 경우	350만원	
6) 제2호나목1)바)의 경우	430만원	
7) 제2호나목1)사)의 경우	580만원	

[법규46]

공직선거법

내용

제222조(선거소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(후보자를 추천한 정당에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조 제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조 제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2002.3.7., 2010.1.25.>

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다. <개정 2010.1.25.>

제223조(당선소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(후보자를 추천한 정당에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(대통령당선인의 결정·공고·통지)제1항·제2항, 제188조(지역구국회의원당선인의 결정·공고·통지)제1항 내지 제4항, 제189조(비례대표국회의원의석의 배분과 당선인의 결정·공고·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구 선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2000.2.16., 2002.3.7., 2005.8.4., 2010.1.25., 2010.3.12., 2020. 1. 14., 2020. 12. 29.>

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.<개정 2002.3.7., 2010.1.25.>

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다. <개정 2010.1.25.>

④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사장을 피고로 한다.

[법규47]

한의약 육성법

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "한의약"이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
3. "한의약기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(한약제제, 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제5호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다)·제조·유통·보관 등 한의약과 관련한 모든 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

[전문개정 2012.10.22.]

[법규48]

학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2008.3.28., 2011.7.25., 2016.1.19., 2021. 3. 23.>

1. "학원"이란 사인(私人)이 대통령령으로 정하는 수 이상의 학습자 또는 불특정다수의 학습자에게 30일 이상의 교습과정(교습과정의 반복으로 교습일수가 30일 이상이 되는 경우를 포함한다. 이하 같다)에 따라 지식·기술(기능을 포함한다. 이하 같다)·예능을 교습(상급학교 진학에 필요한 컨설팅 등 지도를 하는 경우와 정보통신기술 등을 활용하여 원격으로 교습하는 경우를 포함한다. 이하 같다)하거나 30일 이상 학습장소로 제공되는 시설을 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 시설은 제외한다.
   가. 「유아교육법」, 「초·중등교육법」, 「고등교육법」, 그 밖의 법령에 따른 학교
   나. 도서관·박물관 및 과학관
   다. 사업장 등의 시설로서 소속 직원의 연수를 위한 시설
   라. 「평생교육법」에 따라 인가·등록·신고 또는 보고된 평생교육시설
   마. 「근로자직업능력 개발법」에 따른 직업능력개발훈련시설이나 그 밖에 평생교육에 관한 다른 법률에 따라 설치된 시설
   바. 「도로교통법」에 따른 자동차운전학원
   사. 「주택법」 제2조제3호에 따른 공동주택에 거주하는 자가 공동으로 관리하는 시설로서 같은 법 제43조에 따른 입주자대표회의의 의결을 통하여 영리를 목적으로 하지 아니하고 입주민을 위한 교육을 하기 위하여 설치하거나 사용하는 시설
2. "교습소"란 제4호에 따른 과외교습을 하는 시설로서 학원 및 제1호 각 목의 시설이 아닌 시설을 말한다.
3. "개인과외교습자"란 다음 각 목의 시설에서 교습비등을 받고 과외교습을 하는 자를 말한다.
   가. 학습자의 주거지 또는 교습자의 주거지로서 「건축법」 제2조제2항에 따른 단독주택 또는 공동주택
   나. 제1호사목에 따른 시설
4. "과외교습"이란 초등학교·중학교·고등학교 또는 이에 준하는 학교의 학생이나 학교 입학 또는 학력 인정에 관한 검정을 위한 시험 준비생에게 지식·기술·예능을 교습하는 행위를 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위는 제외한다.
   가. 제1호가목부터 바목까지의 시설에서 그 설치목적에 따라 행하는 교습행위
   나. 같은 등록기준지 내의 친족이 하는 교습행위
   다. 대통령령으로 정하는 봉사활동에 속하는 교습행위
5. "학습자"란 다음 각 목의 자를 말한다.
   가. 학원이나 교습소에서 교습을 받는 자
   나. 30일 이상 학습장소로 제공되는 시설을 이용하는 자
   다. 개인과외교습자로부터 교습을 받는 자
6. "교습비등"이란 학습자가 다음 각 목의 자에게 교습이나 학습장소 이용의 대가로 납부하는 수강료·이용료 또는 교습료 등(이하 "교습비"라 한다)과 그 외에 추가로 납부하는 일체의 경비(이하 "기타경비"라 한다)를 말한다.
   가. 학원을 설립·운영하는 자(이하 "학원설립·운영자"라 한다)
   나. 교습소를 설립·운영하는 자(이하 "교습자"라 한다)
   다. 개인과외교습자

[전문개정 2007.12.21.]

[법규 49]

공중위생관리법

내용

제2조(정의)

① 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. <개정 2005.3.31., 2016.2.3. 2019. 12. 3.>

1. "공중위생영업"이라 함은 다수인을 대상으로 위생관리서비스를 제공하는 영업으로서 숙박업·목욕장업·이용업·미용업·세탁업·건물위생관리업을 말한다.
2. "숙박업"이라 함은 손님이 잠을 자고 머물 수 있도록 시설 및 설비등의 서비스를 제공하는 영업을 말한다. 다만, 농어촌에 소재하는 민박등 대통령령이 정하는 경우를 제외한다.
3. "목욕장업"이라 함은 다음 각목의 어느 하나에 해당하는 서비스를 손님에게 제공하는 영업을 말한다. 다만, 숙박업 영업소에 부설된 욕실 등 대통령령이 정하는 경우를 제외한다.
   가. 물로 목욕을 할 수 있는 시설 및 설비 등의 서비스
   나. 맥반석·황토·옥 등을 직접 또는 간접 가열하여 발생되는 열기 또는 원적외선 등을 이용하여 땀을 낼 수 있는 시설 및 설비 등의 서비스
4. "이용업"이라 함은 손님의 머리카락 또는 수염을 깎거나 다듬는 등의 방법으로 손님의 용모를 단정하게 하는 영업을 말한다.
5. "미용업"이라 함은 손님의 얼굴, 머리, 피부 및 손톱·발톱 등을 손질하여 손님의 외모를 아름답게 꾸미는 다음 각 목의 영업을 말한다.
   가. 일반미용업: 파마·머리카락자르기·머리카락모양내기·머리피부손질·머리카락염색·머리감기, 의료기기나 의약품을 사용하지 아니하는 눈썹손질을 하는 영업
   나. 피부미용업: 의료기기나 의약품을 사용하지 아니하는 피부상태분석·피부관리·제모(除毛)·눈썹손질을 하는 영업
   다. 네일미용업: 손톱과 발톱을 손질·화장(化粧)하는 영업
   라. 화장·분장 미용업: 얼굴 등 신체의 화장, 분장 및 의료기기나 의약품을 사용하지 아니하는 눈썹손질을 하는 영업
   마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 세부 영업
   바. 종합미용업 : 가목부터 마목까지의 업무를 모두 하는 영업
6. "세탁업"이라 함은 의류 기타 섬유제품이나 피혁제품등을 세탁하는 영업을 말한다.
7. "건물위생관리업"이라 함은 공중이 이용하는 건축물·시설물등의 청결유지와 실내공기정화를 위한 청소등을 대행하는 영업을 말한다.
8. 삭제 <2015. 12. 22.>

② 제1항제2호부터 제4호까지, 제6호 및 제7호의 영업은 대통령령이 정하는 바에 의하여 이를 세분할 수 있다. <개정 2005. 3. 31., 2019. 12. 3.>

[법규50]

도로법

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. (생략) 2. "도로의 부속물"이란 도로관리청이 도로의 편리한 이용과 안전 및 원활한 도로교통의 확보, 그 밖에 도로의 관리를 위하여 설치하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 시설 또는 공작물을 말한다. 가. 주차장, 버스정류시설, 휴게시설 등 도로이용 지원시설 나. 시선유도표지, 중앙분리대, 과속방지시설 등 도로안전시설 다. 통행료 징수시설, 도로관제시설, 도로관리사업소 등 도로관리시설 라. 도로표지 및 교통량 측정시설 등 교통관리시설 마. 낙석방지시설, 제설시설, 식수대 등 도로에서의 재해 예방 및 구조 활동, 도로환경의 개선·유지 등을 위한 도로부대시설 바. 그 밖에 도로의 기능 유지 등을 위한 시설로서 대통령령으로 정하는 시설 (이하 생략)

[법규51]

식품위생법

내용
제36조(시설기준) ① 다음의 영업을 하려는 자는 총리령으로 정하는 시설기준에 맞는 시설을 갖추어야 한다. <개정 2010.1.18., 2013.3.23., 2020. 12. 29.> 1. 식품 또는 식품첨가물의 제조업, 가공업, 운반업, 판매업 및 보존업 2. 기구 또는 용기·포장의 제조업 3. 식품접객업 4. 공유주방 운영업(제2조제5호의2에 따라 여러 영업자가 함께 사용하는 공유주방을 운영하는 경우로 한정한다. 이하 같다) ② 제1항에 따른 시설은 영업을 하려는 자별로 구분되어야 한다. 다만, 공유주방을 운영하는 경우에는 그러하지 아니하다. <신설 2020. 12. 29.> ③ 제1항 각 호에 따른 영업의 세부 종류와 그 범위는 대통령령으로 정한다.

[법규52]

아동복지법

내용
제3조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2014.1.28.> 1~9. (생략) 10. "아동복지시설"이란 제50조에 따라 설치된 시설을 말한다. 11. (생략)

[법규53]

영유아보육법

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2008.12.19., 2011.6.7.> 1~2. (생략) 3. "어린이집"이란 보호자의 위탁을 받아 영유아를 보육하는 기관을 말한다. 4~5. (생략) [전문개정 2007.10.17.]

[법규54]

유통산업발전법

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2013.3.23., 2015.2.3.> 1~2. (생략) 3. "대규모점포"란 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 매장을 보유한 점포의 집단으로서 별표에 규정된 것을 말한다. 가. 하나 또는 대통령령으로 정하는 둘 이상의 연접되어 있는 건물 안에 하나 또는 여러 개로 나누어 설치되는 매장일 것 나. 상시 운영되는 매장일 것 다. 매장면적의 합계가 3천제곱미터 이상일 것 4~16. (생략)

[법규55]

초·중등교육법

내용
제2조(학교의 종류) 초·중등교육을 실시하기 위하여 다음 각 호의 학교를 둔다. <개정 2019. 12. 3.> 1. 초등학교 2. 중학교·고등공민학교 3. 고등학교·고등기술학교 4. 특수학교 5. 각종학교 [전문개정 2012.3.21.]

[법규56]

재난 및 안전관리 기본법

내용
제76조의5(재난취약시설 보험·공제의 가입 등) ① 삭제 <2020. 6. 9.> ② 다음 각 호에 해당하는 시설 중 대통령령으로 정하는 시설을 소유·관리 또는 점유하는 자는 해당 시설에서 발생하는 화재, 붕괴, 폭발 등으로 인한 타인의 생명·신체나 재산상의 손해를 보상하기 위하여 보험 또는 공제에 가입하여야 한다. 이 경우 다른 법률에 따라 그 손해의 보상내용을 충족하는 보험 또는 공제에 가입한 경우에는 이 법에 따른 보험 또는 공제에 가입한 것으로 본다. <신설 2016. 1. 7., 2017. 1. 17., 2020. 6. 9.> 1. 「시설물의 안전 및 유지관리에 관한 특별법」 제2조에 따른 시설물 2. 삭제 <2017. 1. 17.> 3. 그 밖에 재난이 발생할 경우 타인에게 중대한 피해를 입힐 우려가 있는 시설 ③ 제2항에 따른 보험 또는 공제의 종류, 보상한도액 및 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <신설 2016. 1. 7., 2020. 6. 9.> ④ 행정안전부장관은 제2항에 따른 보험 또는 공제의 가입관리 업무를 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 중앙행정기관의 장 또는 지방자치단체의 장에게 행정적 조치를 하도록 요청하거나 관계 행정기관, 보험회사 및 보험 관련 단체에 보험 또는 공제의 가입관리 업무에 필요한 자료를 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 자는 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다. <신설 2016. 1. 7., 2017. 7. 26., 2020. 6. 9.> ⑤ 삭제 <2020. 6. 9.> [전문개정 2010. 6. 8.] [제목개정 2020. 6. 9.] [제76조에서 이동 <2020. 6. 9.>]

[법규57]

재난 및 안전관리 기본법 시행령

내용

제84조의5(재난취약시설 보험·공제의 가입대상 시설)

법 제76조의5제2항 각 호 외의 부분 전단에서 “대통령령으로 정하는 시설”이란 별표 3에 따른 시설(이하 이 조, 제84조의6, 제84조의7 및 제88조의3에서 “가입대상시설”이라 한다)을 말한다.

<개정 2021. 6. 10.>

[본조신설 2017. 1. 6.] [제목개정 2021. 6. 10.]

제84조의6(재난취약시설 보험·공제의 보상한도액 등)

① 법 제76조의5제2항에 따른 보험 또는 공제는 다음 각 호의 구분에 따른 보상한도액의 기준을 모두 충족하는 보험 또는 공제여야 한다. <개정 2021. 6. 10.>

1. 사망 또는 부상의 경우: 피해자 1명당 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제3조제1항 및 제2항에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액을 지급할 것
2. 재산상 손해의 경우: 사고 1건당 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액을 지급할 것

② 법 제76조의5제2항에 따라 보험 또는 공제에 가입해야 하는 자(이하 이 조 및 제84조의7에서 “가입의무자”라 한다)는 다음 각 호의 구분에 따른다. <개정 2021. 6. 10.>

1. 가입대상시설의 소유자와 점유자가 동일한 경우: 소유자
2. 가입대상시설의 소유자와 점유자가 다른 경우: 점유자
3. 소유자 또는 점유자와의 계약에 따라 가입대상시설에 대한 관리책임과 권한을 부여받은 자(이하 “관리자”라 한다)가 있거나 다른 법령에 따라 관리자로 규정된 자가 있는 경우: 관리자

③ 가입의무자는 법 제76조의5제2항에 따라 다음 각 호의 구분에 따른 시기까지(보험 또는 공제의 유효기간이 만료되는 경우에는 그 만료일까지) 보험 또는 공제에 가입해야 한다. <개정 2020. 12. 8., 2021. 6. 10.>

1. 별표 3 제1호부터 제7호까지 및 제20호에 해당하는 가입대상시설: 해당 가입대상시설에 대한 허가 등이 완료된 날부터 30일 이내
2. 별표 3 제8호부터 제19호까지에 해당하는 가입대상시설: 해당 가입대상시설의 본래 사용 목적에 따른 사용 개시 전까지

[본조신설 2017. 1. 6.] [제목개정 2021. 6. 10.]

[별표 3] <개정 2020. 12. 8.>

재난 관련 보험 또는 공제의 가입대상 시설(제84조의5관련)

1. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업을 하는 시설
2. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업을 하는 시설
3. 「과학관의 설립·운영 및 육성에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 과학관
4. 「물류시설의 개발 및 운영에 관한 법률」 제21조의2제1항제1호에 따른 물류창고업의 등록 대상 물류창고
5. 「박물관 및 미술관 진흥법」 제16조제1항에 따라 등록을 하는 박물관 및 미술관
6. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업 또는 같은 호 나목에 따른 일반음식점영업을 위하여 영업장으로 사용하는 바닥면적의 합계가 100제곱미터 이상인 시설
7. 「장사 등에 관한 법률」 제28조의2제1항 또는 제29조제1항에 따라 설치되는 장례식장

8. 「경륜·경정법」 제5조제1항에 따라 설치되는 경륜장 또는 경정장
9. 「경륜·경정법」 제9조제2항에 따라 경주장 외의 장소에 설치되는 승자투표권의 발매, 환급금 및 반환금의 지급사무 등을 처리하기 위한 시설
10. 「국제회의산업 육성에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 국제회의시설
11. 「국토의 이용 및 관리에 관한 법률」 제43조제2항에 따른 도시·군계획시설로 설치되는 지하도상가
12. 「도로법 시행령」 제55조제5호에 따른 점용허가를 받는 지하상가
13. 「도서관법」 제2조제1호에 따른 도서관
14. 「석유 및 석유대체연료사업법 시행령」 제2조제3호에 따른 주유소
15. 「여객자동차 운수사업법」 제2조제5호에 따른 여객자동차터미널
16. 「전시산업발전법」 제2조제4호에 따른 전시시설
17. 「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 15층 이하의 공동주택[「공동주택관리법」 제2조제1항제2호에 따른 의무관리대상 공동주택 및 「민간임대주택에 관한 특별법」 제51조제2항(「공공주택 특별법」 제50조제1항에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따라 주택관리업자에게 관리를 위탁하거나 자체관리해야 하는 임대주택으로 한정한다] 및 부속건물
18. 「한국마사회법」 제4조제1항에 따라 설치되는 경마장
19. 「한국마사회법」 제6조제2항에 따라 경마장 외의 장소에 설치되는 마권의 발매 등을 처리하기 위한 시설
20. 「농어촌정비법」 제2조제16호라목에 따른 농어촌민박사업을 하는 시설

[법규58]

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2018. 3. 27.>

1. “임종과정”이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. “임종과정에 있는 환자”란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
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.

제 28조(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.

제 37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금 수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

[법규59]

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2010. 1. 18., 2013. 3. 22., 2014. 3. 18., 2015. 7. 6., 2016. 12. 2., 2018. 3. 27., 2019. 12. 3., 2020. 3. 4., 2020. 8. 11., 2020. 12. 15.>

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 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 에볼라바이러스병
   나. 마버그열
   다. 라싸열
   라. 크리미안콩고출혈열
   마. 남아메리카출혈열
   바. 리프트밸리열
   사. 두창
   아. 페스트
   자. 탄저
   차. 보툴리눔독소증
   카. 야토병
   타. 신종감염병증후군
   파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
   하. 중동호흡기증후군(MERS)
   거. 동물인플루엔자 인체감염증
   너. 신종인플루엔자
   더. 디프테리아
3. “제2급감염병”이란 전파가능성을 고려하여 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 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 시 24시간 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

5. “제4급감염병”이란 제1급감염병부터 제3급감염병까지의 감염병 외에 유행 여부를 조사하기 위하여 표본감시 활동이 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다.
   가. 인플루엔자
   나. 매독(梅毒)
   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
6. “기생충감염병”이란 기생충에 감염되어 발생하는 감염병 중 질병관리청장이 고시하는 감염병을 말한다.
7~21. (생략)

제11조(의사 등의 신고)

① 의사, 치과의사 또는 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 의료기관의 장에게 보고하여야 하고, 해당 환자와 그 동거인에게 질병관리청장이 정하는 감염 방지 방법 등을 지도하여야 한다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사, 치과의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 12. 29., 2018. 3. 27., 2020. 3. 4., 2020. 8.11.>
   1. 감염병환자등을 진단하거나 그 사체를 검안(檢案)한 경우
   2. 예방접종 후 이상반응자를 진단하거나 그 사체를 검안한 경우
   3. 감염병환자등이 제1급감염병부터 제3급감염병까지에 해당하는 감염병으로 사망한 경우
   4. 감염병환자로 의심되는 사람이 감염병병원체 검사를 거부하는 경우
② 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 소속 직원은 실험실 검사 등을 통하여 보건복지부령으로 정하는 감염병환자등을 발견한 경우 그 사실을 그 기관의 장에게 보고하여야 한다. <개정 2015. 7. 6., 2018. 3. 27., 2020. 3. 4.>
③ 제1항 및 제2항에 따라 보고를 받은 의료기관의 장 및 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에, 제4급감염병의 경우에는 7일 이내에 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

<신설 2015. 7. 6., 2018. 3. 27., 2020. 3. 4., 2020. 8. 11.>
④ 육군, 해군, 공군 또는 국방부 직할 부대에 소속된 군의관은 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 부대장에게 보고하여야 하고, 보고를 받은 소속 부대장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <개정 2015. 7. 6., 2015. 12. 29., 2018. 3. 27.>
⑤ 제16조제1항에 따른 감염병 표본감시기관은 제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인하여 제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 사실이 있으면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 7. 6., 2015. 12. 29., 2018. 3. 27., 2020. 8. 11.>
⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 7. 6.>[시행일 : 2020. 9. 5.]

[법규60]

정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률

내용
제70조(벌칙) ① 사람을 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 사실을 드러내어 다른 사람의 명예를 훼손한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2014. 5. 28.> ② 사람을 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 거짓의 사실을 드러내어 다른 사람의 명예를 훼손한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. ③ 제1항과 제2항의 죄는 피해자가 구체적으로 밝힌 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. [전문개정 2008. 6. 13.]

[법규61]

전기통신사업법

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2011. 5. 19., 2013. 3. 23., 2013. 8. 13., 2014. 10. 15., 2017. 7. 26., 2018.12.24., 2020. 6. 9.> 1. (생략) 2. "전기통신설비"란 전기통신을 하기 위한 기계·기구·선로 또는 그 밖에 전기통신에 필요한 설비를 말한다. 3~14. (생략)

[법규62]

특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률

내용

제5조의3(도주차량 운전자의 가중처벌)

① 「도로교통법」 제2조에 규정된 자동차·원동기장치자전거의 교통으로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 해당 차량의 운전자(이하 "사고운전자"라 한다)가 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 피해자를 사망에 이르게 하고 도주하거나, 도주 후에 피해자가 사망한 경우에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
2. 피해자를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상의 유기징역 또는 500만원 이상3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 사고운전자가 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기하고 도주한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 피해자를 사망에 이르게 하고 도주하거나, 도주 후에 피해자가 사망한 경우에는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
2. 피해자를 상해에 이르게 한 경우에는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제5조의11(위험운전 등 치사상)

① 음주 또는 약물의 영향으로 정상적인 운전이 곤란한 상태에서 자동차(원동기장치자전거를 포함한다)를 운전하여 사람을 상해에 이르게 한 사람은 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처하고, 사망에 이르게 한 사람은 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.

② 음주 또는 약물의 영향으로 정상적인 운항이 곤란한 상태에서 운항의 목적으로 「해사안전법」 제41조제1항에 따른 선박의 조타기를 조작, 조작 지시 또는 도선하여 사람을 상해에 이르게 한 사람은 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처하고, 사망에 이르게 한 사람은 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.

제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)

자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

[법규63]

어린이놀이시설 안전관리법(약칭:어린이놀이시설법)

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2011. 5. 30., 2013. 3. 23., 2014. 6. 3., 2014. 11. 19., 2014. 12. 30., 2016. 1. 7., 2017. 7. 26., 2020. 12. 22.>

1. "어린이놀이기구"란 어린이가 놀이를 위하여 사용할 수 있도록 제조된 그네, 미끄럼틀, 공중놀이기구, 회전놀이기구 등으로서 「어린이제품 안전 특별법」 제2조제9호에 따른 안전인증대상어린이제품을 말한다.
2. "어린이놀이시설"이라 함은 어린이놀이기구가 설치된 실내 또는 실외의 놀이터로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
3. "관리감독기관의 장"이란 어린이놀이시설의 안전한 유지관리를 위하여 다음 각 목의 구분에 따라 어린이놀이시설을 관리·감독하는 행정기관의 장을 말한다.
   가. 교육장: 어린이놀이시설이 「초·중등교육법」 제2조 각 호에 따른 학교와 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원 및 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원에 소재하는 경우
   나. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다)
   : 가목 외의 어린이놀이시설의 경우
4. 삭제 <2008. 12. 19.>
5. "관리주체"라 함은 어린이놀이시설의 소유자로서 관리책임이 있는 자, 다른 법령에 의하여 어린이놀이시설의 관리자로 규정된 자 또는 그 밖에 계약에 의하여 어린이놀이시설의 관리책임을 진 자를 말한다.
6. "설치검사"라 함은 어린이놀이시설의 안전성 유지를 위하여 행정안전부장관이 정하여 고시하는 어린이놀이시설의 시설기준 및 기술기준에 따라 설치한 후에 안전검사기관으로부터 받아야 하는 검사를 말한다.

6의2. “정기시설검사”란 설치검사를 받은 어린이놀이시설이 행정안전부장관이 정하여 고시하는 시설기준 및 기술기준에 따른 적합성을 유지하고 있는지를 확인하기 위하여 안전검사기관으로부터 받아야 하는 검사를 말한다.

7. "안전점검"이라 함은 어린이놀이시설의 관리주체 또는 관리주체로부터 어린이놀이시설의 안전관리를 위임받은 자가 육안 또는 점검기구 등에 의하여 검사를 하여 어린이놀이시설의 위험요인을 조사하는 행위를 말한다.
8. "안전진단"이라 함은 제4조의 안전검사기관이 어린이놀이시설에 대하여 조사·측정·안전성 평가 등을 하여 해당 어린이놀이시설의 물리적·기능적 결함을 발견하고 그에 대한 신속하고 적절한 조치를 하기 위하여 수리·개선 등의 방법을 제시하는 행위를 말한다.
9. "유지관리"란 설치된 어린이놀이시설이 기능 및 안전성을 유지할 수 있도록 정비·보수 및 개량 등을 행하는 것을 말한다.

제4조(안전검사기관의 지정 등)

① 행정안전부장관은 어린이놀이시설의 안전성을 확보하기 위하여 설치검사·정기시설검사 또는 안전진단을 행하는 기관(이하 "안전검사기관"이라 한다)을 지정할 수 있다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26.>

② 제1항에 따라 안전검사기관으로 지정을 받고자 하는 법인 또는 단체(지방자치단체를 포함한다)는 검사장비 및 검사인력 등 대통령령이 정하는 지정요건을 갖추어 행정안전부장관에게 신청하여야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017.

7. 26.>

③ 행정안전부장관은 제2항에 따른 지정 신청이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 안전검사기관으로 지정하여야 한다. <신설 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2020. 12. 22.>

1. 영리를 목적으로 하는 법인 또는 단체인 경우
2. 관리주체가 법인 또는 단체이거나 관리주체를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우
3. 어린이놀이기구의 제조업자, 설치업자 또는 유통업자를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우

3의2. 안전점검 또는 유지관리를 업무로 하는 법인 또는 단체인 경우(그 소속 임직원이 안전점검 또는 유지관리 업무를 하는 경우를 포함한다)

4. 제2항에 따른 지정요건을 갖추지 못한 경우
5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따른 제한에 위반되는 경우

④ 행정안전부장관은 제1항의 규정에 따라 지정을 받은 안전검사기관에 설치검사업무 등의 수행에 필요한 지원을 할 수 있다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2011. 5. 30., 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26.>

⑤ 제1항 및 제2항의 규정에 따른 안전검사기관의 지정방법·절차 등에 관하여 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26.>

[법규64]

노인장기요양보험법

내용

제23조(장기요양급여의 종류)

① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다. <개정 2011. 6. 7., 2015. 12. 29., 2018. 12. 11.>

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.

제35조의5(보험 가입)

① 장기요양기관은 종사자가 장기요양급여를 제공하는 과정에서 발생할 수 있는 수급자의 상해 등 법률상 손해를 배상하는 보험(이하 "전문인 배상책임보험"이라 한다)에 가입할 수 있다.

② 공단은 장기요양기관이 전문인 배상책임보험에 가입하지 않은 경우 그 기간 동안 제38조에 따라 해당 장기요양기관에 지급하는 장기요양급여비용의 일부를 감액할 수 있다.

③ 제2항에 따른 장기요양급여비용의 감액 기준 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[본조신설 2019. 4. 23.]

[법규65]

노인복지법

내용

제34조(노인의료복지시설)

① 노인의료복지시설은 다음 각 호의 시설로 한다. <개정 2007. 8. 3.>

1. 노인요양시설 : 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설
2. 노인요양공동생활가정 : 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식·요양, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설
3. 삭제 <2011. 6. 7.>

② 노인의료복지시설의 입소대상·입소비용 및 입소절차와 설치·운영자의 준수사항 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2007. 8. 3., 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

제38조(재가노인복지시설)

① 재가노인복지시설은 다음 각 호의 어느 하나 이상의 서비스를 제공함을 목적으로 하는 시설을 말한다.

1. 방문요양서비스 : 가정에서 일상생활을 영위하고 있는 노인(이하 "재가노인"이라 한다)으로서 신체적·정신적 장애로 어려움을 겪고 있는 노인에게 필요한 각종 편의를 제공하여 지역사회안에서 건전하고 안정된 노후를 영위하도록 하는 서비스
2. 주·야간보호서비스 : 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애노인을 주간 또는 야간 동안 보호시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하여 이들의 생활안정과 심신기능의 유지·향상을 도모하고, 그 가족의 신체적·정신적 부담을 덜어주기 위한 서비스 2. 노인요양공동생활가정 : 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식·요양, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설
3. 단기보호서비스 : 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인과 장애노인을 보호시설에 단기간 입소시켜 보호함으로써 노인 및 노인가정의 복지증진을 도모하기 위한 서비스
4. 방문 목욕서비스 : 목욕장비를 갖추고 재가노인을 방문하여 목욕을 제공하는 서비스
5. 그 밖의 서비스 : 그 밖에 재가노인에게 제공하는 서비스로서 보건복지부령이 정하는 서비스

② 제1항에 따른 재가노인복지시설의 이용대상·비용부담 및 이용절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18.>

[전문개정 2007. 8. 3.]

[법규66]

지방세특례제한법

내용

제92조(천재지변 등으로 인한 대체취득에 대한 감면)

① 천재지변, 그 밖의 불가항력으로 멸실 또는 파손된 건축물·선박·자동차 및 기계장비를 그 멸실일 또는 파손일부터 2년 이내에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 취득을 하는 경우에는 취득세를 면제한다. 다만, 새로 취득한 건축물의 연면적이 종전의 건축물의 연면적을 초과하거나 새로 건조, 종류 변경 또는 대체취득한 선박의 톤수가 종전의 선박의 톤수를 초과하는 경우 및 새로 취득한 자동차 또는 기계장비의 가액이 종전의 자동차 또는 기계장비의 가액(신제품구입가액을 말한다)을 초과하는 경우에 그 초과부분에 대해서는 취득세를 부과한다. <개정 2015. 12. 29., 2018. 12. 24.>

1. 복구를 위하여 건축물을 건축 또는 개수하는 경우
2. 선박을 건조하거나 종류 변경을 하는 경우
3. 건축물·선박·자동차 및 기계장비를 대체취득하는 경우

② 천재지변, 그 밖의 불가항력으로 멸실 또는 파손된 건축물·선박·자동차·기계장비의 말소등기 또는 말소등록과 멸실 또는 파손된 건축물을 복구하기 위하여 그 멸실일 또는 파손일부터 2년 이내에 신축 또는 개축을 위한 건축허가 면허에 대해서는 등록면허세를 면제한다. <개정 2010. 12. 27., 2015. 12. 29., 2018. 12. 24.>

③ 천재지변·화재·교통사고 등으로 소멸·멸실 또는 파손되어 해당 자동차를 회수하거나 사용할 수 없는 것으로 시장·군수가 인정하는 자동차에 대해서는 자동차세를 면제한다. <개정 2015. 12. 29.>

[법규67]

금융소비자보호에 관한 법률

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1 ~ 7. (생 략)

8. “금융소비자”란 금융상품에 관한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약을 받는 것(이하 “금융상품계약체결등”이라 한다)에 관한 금융상품판매업자의 거래상대방 또는 금융상품자문업자의 자문업무의 상대방인 전문금융소비자 또는 일반금융소비자를 말한다.

9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

   가. 국가

   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

   다. 대통령령으로 정하는 금융회사

   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 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.

제46조(청약의 철회)

① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

   1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간

   2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일

      가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날

      나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

   3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·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.

[시행일:2021. 9. 25.] 제46조 중 금융상품자문업자 관련 부분

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.

[시행일:2021. 9. 25.] 제47조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[법규68]

장애인복지법 시행규칙

내용

제 3조(장애인의 등록신청 및 장애 진단)

① 법 제32조제1항에 따라 장애인의 등록을 신청하려는 자는 별지 제1호의4서식의 장애인 등록 및 서비스 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 제출해야 한다. 다만, 시장·군수·구청장은 법 제32조의2에 따라 장애인 등록을 하려는 사람에 대해서는 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 재외동포 및 외국인임을 증명하는 서류를 확인해야 하며, 신청인이 확인에 동의하지 않은 경우에는 이를 첨부하도록 해야 한다. <개정 2011. 2. 1., 2013. 1. 25., 2015. 8. 3., 2016. 6. 30., 2016. 12. 30., 2019. 6. 4., 2021. 6. 4.>

1. 사진(신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진으로 가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터의 사진을 말한다) 1장
2. 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류

② 제1항에 따른 등록신청을 받은 시장·군수·구청장은 등록대상자와의 상담을 통하여 그 장애 상태가 영 제2조에 따른 장애의 기준에 명백하게 해당되지 않는 경우 외에는 지체 없이 별지 제2호서식의 의뢰서에 따라 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 또는 「지역보건법」 제10조 및 제13조에 따른 보건소와 보건지소(이하 "의료기관"이라 한다) 중 보건복지부장관이 정하는 장애유형별 해당 전문의가 있는 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.<개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2015. 11. 18., 2019. 6. 4.>

③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다.<개정 2019. 6. 4.>

④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단 결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

제4조(장애인등록증 교부 등)

① 시장·군수·구청장은 제3조에 따라 진단 결과나 장애 정도에 관한 심사 결과를 통보받은 경우에는 제2조에 따른 장애 정도에 해당하는지를 확인하여 장애인으로 등록해야 한다. 이 경우 해당 장애인에 대한 장애인등록카드를 작성하고, 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 발급해야 한다. <개정 2019. 6. 4.>

② ~ ④ (생 략)

제6조(장애 정도의 조정)

① 장애인은 장애 상태가 현저하게 변화되어 장애 정도의 조정이 필요한 경우에는 별지 제1호의4서식의 신청서에 등록증과 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류를 첨부하여 시장·군수·구청장에게 장애 정도의 조정을 신청할 수 있다. <개정 2019. 6. 4., 2021. 6. 4.>

② 제1항에 따라 장애 정도의 조정신청을 받은 시장·군수·구청장은 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.<개정 2019. 6. 4.>

③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다.<개정 2019. 6. 4.>

④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.<개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 12., 2010. 3. 19., 2011. 2. 1., 2019. 6. 4.>

⑤ 제3항과 제4항에 따라 진단 결과나 장애 정도 심사결과를 통보받은 시장·군수·구청장은 통보받은 내용을 토대로 장애 정도를 조정하고, 그 결과를 신청인에게 통지해야 한다.<개정 2019. 6. 4.>

제7조(장애 상태 확인)

① 시장·군수·구청장은 법 제32조제3항에 따라 장애인의 장애 상태를 확인하여 장애 상태에 맞는 장애 정도를 유지하도록 해야 한다. 다만, 장애 상태에 현저한 변화 가능성이 없다고 판단되는 장애인에 대해서는 그렇지 않다. <개정 2019. 6. 4.>

② ~ ③ (생 략)

[법규69]

관공서의 공휴일에 관한 규정

내용

제1조(목적)

이 영은 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다. <개정 1998. 12. 18., 2005. 6. 30., 2006. 9. 6., 2012. 12. 28., 2017. 10. 17.>

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 <2005. 6. 30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제4호 는 제9호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

② 제2조제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제7호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

[본조신설 2013. 11. 5.]

[법규70]

개인정보 보호법

내용

제15조(개인정보의 수집・이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

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.

제16조(개인정보의 수집 제한)

① 개인정보처리자는 제15조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하여 개인정보를 수집하는 경우에는 그 목적에 필요한 최소한의 개인정보를 수집하여야 한다. 이 경우 최소한의 개인정보 수집이라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

② 개인정보처리자는 정보주체의 동의를 받아 개인정보를 수집하는 경우 필요한 최소한의 정보 외의 개인정보 수집에는 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 구체적으로 알리고 개인정보를 수집하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 정보주체가 필요한 최소한의 정보 외의 개인정보 수집에 동의하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

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・제5호 및 제39조의3제2항제2호・제3호에 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 한

다.

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 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.<신설 2020. 2. 4.>

제18조(개인정보의 목적 외 이용·제공 제한)

① 개인정보처리자는 개인정보를 제15조제1항 및 제39조의3제1항 및 제2항에 따른 범위를 초과하여 이용하거나 제17조제1항 및 제3항에 따른 범위를 초과하여 제3자에게 제공하여서는 아니 된다. <개정 2020. 2. 4.>

② 제1항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 정보주체 또는 제3자의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있을 때를 제외하고는 개인정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공할 수 있다. 다만, 이용자(「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제4호에 해당하는 자를 말한다. 이하 같다)의 개인정보를 처리하는 정보통신서비스 제공자(「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제3호에 해당하는 자를 말한다. 이하 같다)의 경우 제1호·제2호의 경우로 한정하고, 제5호부터 제9호까지의 경우는 공공기관의 경우로 한정한다.<개정 2020. 2. 4.>

1. 정보주체로부터 별도의 동의를 받은 경우
2. 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우
3. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
4. 삭제<2020. 2. 4.>
5. 개인정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공하지 아니하면 다른 법률에서 정하는 소관 업무를 수행할 수 없는 경우로서 보호위원회의 심의·의결을 거친 경우
6. 조약, 그 밖의 국제협정의 이행을 위하여 외국정부 또는 국제기구에 제공하기 위하여 필요한 경우
7. 범죄의 수사와 공소의 제기 및 유지를 위하여 필요한 경우
8. 법원의 재판업무 수행을 위하여 필요한 경우
9. 형(刑) 및 감호, 보호처분의 집행을 위하여 필요한 경우

③ 개인정보처리자는 제2항제1호에 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. 개인정보의 이용 목적(제공 시에는 제공받는 자의 이용 목적을 말한다)
3. 이용 또는 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

④ 공공기관은 제2항제2호부터 제6호까지, 제8호 및 제9호에 따라 개인정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공하는 경우에는 그 이용 또는 제공의 법적 근거, 목적 및 범위 등에 관

하여 필요한 사항을 보호위원회가 고시로 정하는 바에 따라 관보 또는 인터넷 홈페이지 등에 게재하여야 한다.

⑤ 개인정보처리자는 제2항 각 호의 어느 하나의 경우에 해당하여 개인정보를 목적 외의 용도로 제3자에게 제공하는 경우에는 개인정보를 제공받는 자에게 이용 목적, 이용 방법, 그 밖에 필요한 사항에 대하여 제한을 하거나, 개인정보의 안전성 확보를 위하여 필요한 조치를 마련하도록 요청하여야 한다. 이 경우 요청을 받은 자는 개인정보의 안전성 확보를 위하여 필요한 조치를 하여야 한다.

제19조(개인정보를 제공받은 자의 이용・제공 제한)

개인정보처리자로부터 개인정보를 제공받은 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 개인정보를 제공받은 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공하여서는 아니 된다.

1. 정보주체로부터 별도의 동의를 받은 경우
2. 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우

[법규71]

산업재해보상보험법 시행규칙

내용
제47조(운동기능장해의 측정) ① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다. <개정 2020. 1. 10.> 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. <개정 2019. 10. 15.> ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.> 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

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

삼성화재 전국 고객지원센터 주소

지역	부서명	전화번호	주소
서울	강남고객지원센터	1588-5114	[06620] 서울특별시 서초구 서초대로74길 14 (서초동, 삼성물산 서초사옥) 2층
	강북고객지원센터		[02560] 서울특별시 동대문구 왕산로 168 (용두동, 삼성화재청량리사옥) 2층
	강서고객지원센터		[07222] 서울특별시 영등포구 양평로 76 (양평동4가, 삼성화재영등포사옥) 2층
경기	수원고객지원센터		[16489] 경기도 수원시 팔달구 권광로 205, 삼성화재빌딩 3층 (인계동)
대전	대전고객지원센터		[35209] 대전광역시 서구 한밭대로 755 (둔산동, 삼성생명) 10층
광주	광주고객지원센터		[61964] 광주광역시 서구 시청로 30 (치평동, 삼성화재(주)상무사옥) 1층
전주	전주고객지원센터		[54932] 전라북도 전주시 덕진구 기린대로 409 (금암동, 전주빌딩) 1층
대구	대구고객지원센터		[42012] 대구광역시 수성구 동대구로 401 (범어동, 삼성화재빌딩, 범어3동 우체국) 3층
부산	부산고객지원센터		[48821] 부산광역시 동구 중앙대로 184 (초량동, 삼성화재 부산초량사옥) 2층
창원	창원고객지원센터		[51515] 경상남도 창원시 성산구 용지로 106 (중앙동, 대우증권빌딩) 6층
제주	제주고객지원센터		[63124] 제주특별자치도 제주시 은남길 8 (연동, 삼성화재빌딩) 3층

※ 전국 고객지원센터의 전화번호 및 주소가 변경될 수 있습니다. 확인 후 연락하시기 바랍니다.

※ 사고 통보 및 접수는 삼성화재 콜센터 (1588-5114) 또는 홈페이지 (www.samsungfire.com) 보험금 청구 (사고접수)에서 하실 수 있습니다.

본 약관은 100% 재생펄프를 사용하여 제작한 친환경 인쇄물입니다.

1588-5114
samsungfire.com

서울특별시 서초구 서초대로74길 14
(2021.09. 장기상품개발팀 인쇄)

www.samsungfire.com의 상품공시실 메뉴의 “보험상품공시실”에서도 약관내용을 확인하실 수 있습니다.