약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book





※ 同 guidebook은 보험규정의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고,
소비자 관점에서 약관 주요 내용 등을 쉽게 찾고
이해할 방법을 안내하는 그것을 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. 한 눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드 북	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 방법을 이용하여 간단 요약한 약관
보험규정 (주계약&특약)	· 주계약(보통약관) : 기본계약을 포함한 공통사항을 정한 기본약관 · 특약(특별약관) : 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 법률·보험용어의 해설, 관련 법규 등을 소비자에게 안내

3. QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR 코드를 스캔하면 상세내용을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상

보험금 지급절차

4. 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

① 보험금 지급 및 지급제한 사항	제3조 보험금의 지급사유 제5조 보험금을 지급하지 않는 사유	p.3 p.3	영상 자료

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

② 청약 철회	제20조 청약의 철회	p.10	영상 자료
③ 계약 취소	제21조 약관교부 및 설명의무 등	p.11	영상 자료
④ 계약 무효	제22조 계약의 무효	p.12	영상 자료
⑤ 계약 前 알릴 의무 및 위반효과	제15조 계약 전 알릴 의무 제17조 알릴 의무 위반의 효과	p.7 p.8	영상 자료
⑥ 계약 後 알릴 의무 및 위반효과	제16조 계약 후 알릴 의무 제17조 알릴 의무 위반의 효과	p.7 p.8	영상 자료
⑦ 보험료 연체 및 해지	제31조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지	p.19	영상 자료
⑧ 부활(효력회복)	제32조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복) 제33조 강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)	p.19 p.20	영상 자료
⑨ 해약환급금	제34조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회 제37조 해약환급금	p.21 p.21	영상 자료
⑩ 보험계약대출	제38조 보험계약대출	p.22	영상 자료

5. 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁(약관이용GuideBook 기준)

아래 6가지 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 p.5

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

➔ 핵심체크항목 p.3

③ 약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설, 약관본문 Box안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.

➔ 용어 해설 p.25

④ 스마트폰으로 QR코드를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.

➔ QR코드 p.2

⑤ 약관에서 인용된 '관련법규' 항목은 각 조항 하단에서 법률 조항 및 규정을 자세히 확인할 수 있습니다.

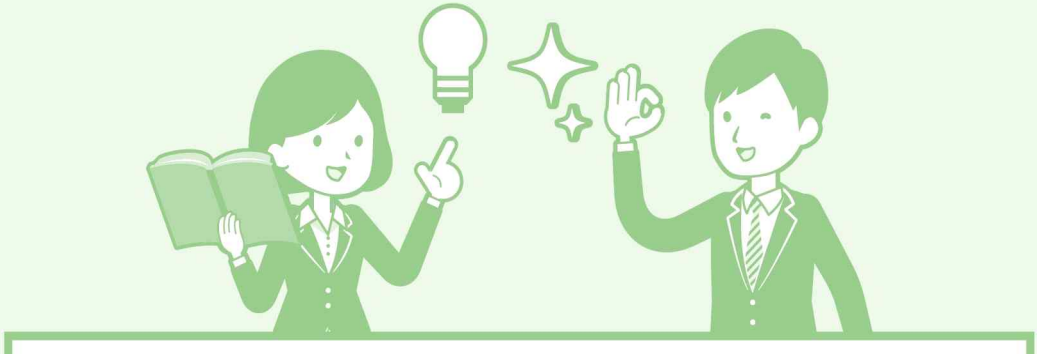
⑥ 약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

6. 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지**(www.hanainsure.co.kr), **고객 콜센터**(1566-3000)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 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.**
※ 이 요약서의 내용을 **이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익**을 받을 수 있으므로,
동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

Ⅰ. 보험계약의 개요



- 보험회사명 : 하나손해보험
- 보험상품명 : 무배당 하나더스마트 3.5.5 간편 여성건강보험
- 보험상품의 종목 : 건강보험

01. 상품의 특징

보험계약 구분

1종 : 세만기형, 표준형

2종 : 세만기형, 해약환급금미지급형Ⅱ

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

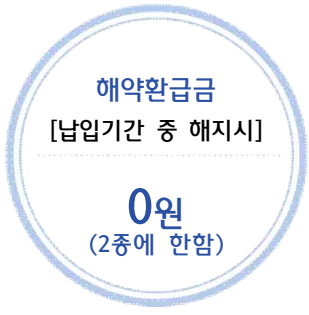
무배당 하나더스마트 3.5.5 간편 여성건강보험

① **무배당** : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

② **간편** : 유병력자, 고령자 등 가입이 어려운 피보험자도 간편하게 가입할 수 있도록 계약 전 알릴의무사항 항목을 간소화 하였습니다.

③ **건강보험** : 피보험자의 질병이나 상해에 대한 위험을 보장하는 보험입니다.







II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금 지급제한사항

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

✓ 면책기간

면책기간 보험금 미지급 이 보험에는 보험금이 지급되지 않는 기간(면책 기간)이 설정된 담보가 있습니다.

■■■ 면책기간 적용 담보

구분	담보명	면책기간
검사	간편고지(3.5.5) 특정NGS유전자패널검사(급여,연간1회한)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
진단	간편고지(3.5.5) 암진단비(유방암 및 생식기암 제외)	가입 후 90일간 보장 제외
	간편고지(3.5.5) 유방암 및 생식기암진단비	가입 후 90일간 보장 제외
	간편고지(3.5.5) 재진단암진단비	암 : 가입 후 90일간 보장제외 첫 번째 암진단 후 1년간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 고액치료비암진단비	가입 후 90일간 보장 제외
	간편고지(3.5.5) 11대특정암진단비	가입 후 90일간 보장 제외
	간편고지(3.5.5) 중증갑상선암진단비	가입 후 90일간 보장 제외
	간편고지(3.5.5) 삼중음성유방암진단비	가입 후 90일간 보장 제외
	간편고지(3.5.5) 통합암진단비II(유사암제외,전이포함)	가입 후 90일간 보장 제외
	간편고지(3.5.5) 유방 바늘생검 조직병리진단비(급여,연간1회한)	가입 후 90일간 보장 제외
	간편고지(3.5.5) 갑상선 바늘생검 조직병리진단비(급여,연간1회한)	가입 후 90일간 보장 제외
	간편고지(3.5.5) 자궁 생검 조직병리진단비(급여,연간1회한)	가입 후 90일간 보장 제외
	간편고지(3.5.5) 보험료납입면제대상II	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 보험료납입면제대상IV	가입 후 90일간 보장제외
입원·통원	간편고지(3.5.5) 암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 암직접치료통원비	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 암간호·간병통합서비스사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	암 : 가입 후 90일간 보장제외

구분	담보명	면책기간
사망	간편고지(3.5.5) 암사망	가입 후 90일간 보장 제외
수술	간편고지(3.5.5) 암수술비(유사암제외)	가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 유방암으로 인한 유방수술비	가입 후 90일간 보장 제외
	간편고지(3.5.5) 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
치료	간편고지(3.5.5) 항암방사선·약물치료비	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 암주요재활치료비(급여,1일1회,연간10회한)	가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 항암중입자방사선치료비(최초1회한)(갱신형)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 암주요치료비(연간1회한,5년간)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 암주요치료비II(연간1회한,10년간)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)암주요치료비(연간1회한,10년간)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 종합병원 암(유사암제외)주요치료비II(만기보장형)	가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 종합병원 전이암주요치료비(만기보장형)(세부보장별,연간1회한)	가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 종합병원 하이클래스 암주요치료비(만기보장형)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 하이클래스 암주요치료비(연간1회한,10년간)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 하이클래스 항암약물치료비(연간1회한,10년간)	암 : 가입 후 90일간 보장제외
	간편고지(3.5.5) 통합항암방사선약물치료비II(유사암제외)	가입 후 90일간 보장제외
기타	간편고지(3.5.5) 암 진단 후 여성생식세포 동결보존비(최초1회한)(갱신형)	암 : 가입 후 90일간 보장제외

민원 사례

A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아 보험회사에 암 진단비를 청구
→ 보험회사는 보험가입 우 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내



✓ 감액지급

감액지급 50% [1년 이내]

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

■■■ 감액지급 적용 담보

구분	담보명	감액 기간 및 비율
진단	간편고지(3.5.5) 암진단비(유방암 및 생식기암 제외)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 유방암및생식기암진단비	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 유사암진단비	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 고액치료비암진단비	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 11대특정암진단비	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 갑상선암(초기제외)진단비	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 중증갑상선암진단비	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 삼중음성유방암진단비	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 통합암진단비II(유사암제외,전이포함)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 유방 바늘생검 조직병리진단비(급여,연간1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 갑상선 바늘생검 조직병리진단비(급여,연간1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 자궁 생검 조직병리진단비(급여,연간1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
수술	간편고지(3.5.5) 암수술비(유사암제외)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 유사암수술비	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 유방암으로 인한 유방수술비	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 180일 미만시 보험금 25% 지급)
	간편고지(3.5.5) 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 특정8대기관양성종양및3대기관용종수술비 (급여,연간1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 대장용종제거수술비(급여,용종개수당)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
입원·통원	간편고지(3.5.5) 암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 기타피부암·갑상선암·제자리암·경계성종양의 경우 보험금 10% 지급)
	간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 기타피부암·갑상선암·제자리암·경계성종양의 경우 보험금 10% 지급)
	간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 기타피부암·갑상선암·제자리암·경계성종양의 경우 보험금 10% 지급)
	간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 기타피부암·갑상선암·제자리암·경계성종양의 경우 보험금 10% 지급)
	간편고지(3.5.5) 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 기타피부암·갑상선암·제자리암·경계성종양의 경우 보험금 10% 지급)
	간편고지(3.5.5) 암직접치료통원비	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급

구분	담보명	감액 기간 및 비율
입원·통원	간편고지(3.5.5) 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 기타피부암·갑상선암·제자리암·경계성종양의 경우 보험금 10% 지급)
	간편고지(3.5.5) 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 기타피부암·갑상선암·제자리암·경계성종양의 경우 보험금 10% 지급)
	간편고지(3.5.5) 암간호·간병통합서비스사용입원일당(요양병원제외) (1일이상180일한도)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 기타피부암·갑상선암·제자리암·경계성종양의 경우 보험금 10% 지급)
검사	간편고지(3.5.5) 암 MRI검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) PET검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)(갱신형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
치료	간편고지(3.5.5) 암주요재활치료비	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 항암방사선·약물치료비	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 기타피부암·갑상선암의 경우 보험금 10% 지급)
	간편고지(3.5.5) 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 항암중입자방사선치료비(최초1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 기타피부암·갑상선암의 경우 보험금 10% 지급)
	간편고지(3.5.5) 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 통합항암방사선약물치료비II(유사암제외,전이포함)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 암주요치료비(연간1회한,5년간)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 암주요치료비II(연간1회한,10년간)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함) 암주요치료비(연간1회한,10년간)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 종합병원 암(유사암제외)주요치료비II(만기보장형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 종합병원 유사암주요치료비II(만기보장형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 종합병원 전이암주요치료비(만기보장형) (세부보장별,연간1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 하이클래스 암주요치료비(연간1회한,10년간)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 하이클래스 항암약물치료비(연간1회한,10년간)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급
	간편고지(3.5.5) 종합병원 하이클래스 암주요치료비(만기보장형)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급

보장한도

보장한도 최초 1회한

이 보험에는 보험금 지급 한도가 설정된 담보가 있습니다.

■■■ 보장한도 적용 담보

구분	담보명	보장한도
검사	간편고지(3.5.5) 암 MRI검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형)	연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) PET검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형)	연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)(갱신형)	연간 1회에 한해 보장
진단	간편고지(3.5.5) 암진단비(유방암 및 생식기암 제외)	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 유방암및생식기암진단비	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 유사암진단비	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 각각 최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 고액치료비암진단비	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 11대특정암진단비	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 갑상선암(초기제외)진단비	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 중증갑상선암진단비	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 삼중음성유방암진단비	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 통합암진단비Ⅱ(유사암제외,전이포함)	각각 최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 유방 바늘생검 조직병리진단비(급여,연간1회한)	연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 갑상선 바늘생검 조직병리진단비(급여,연간1회한)	연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 자궁 생검 조직병리진단비(급여,연간1회한)	연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 보험료납입지원(유사암진단)	최초 1회에 한해 보장
수술	간편고지(3.5.5) 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형)	암(갑상선암 및 전립선암제외)에 최초 1회에 한해 보장
		갑상선암 또는 전립선암에 최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형)	연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 특정8대기관양성종양및3대기관용종수술비 (급여,연간1회한)	연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 유방절제수술비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
입원·통원	간편고지(3.5.5) 암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도)	1일 이상 20일 한도로 보장
	간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	간편고지(3.5.5) 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)	1일 이상 90일 한도로 보장
	간편고지(3.5.5) 암직접치료통원비	각 보장의 통원당 1일 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	간편고지(3.5.5) 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)	1일 이상 90일 한도로 보장
	간편고지(3.5.5) 암간호·간병통합서비스사용입원일당(요양병원제외) (1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장

구분	담보명	보장한도
치료	간편고지(3.5.5) 암주요재활치료비(급여,1일1회,연간10회한)	1일 1회, 연간 10회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 항암방사선·약물치료비[주1]	암 최초 1회에 한해 보장, 기타피부암, 갑상선암 각각 최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 항암중입자방사선치료비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)[주2]	암 최초 1회에 한해 보장, 기타피부암, 갑상선암 각각 최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 통합항암방사선약물치료비II(유사암제외,전이포함)	각각 최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 암주요치료비(연간1회한,5년간)	연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 암주요치료비II(연간1회한,10년간)	연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함) 암주요치료비(연간1회한,10년간)	연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 종합병원 암(유사암제외)주요치료비II(만기보장형)	각 치료행위별로 연간 1회에 한해 보장 (단, 암수술은 수술1회당 보장)
	간편고지(3.5.5) 종합병원 유사암주요치료비II(만기보장형)	각 치료행위별로 연간 1회에 한해 보장 (단, 암수술은 수술1회당 보장)
	간편고지(3.5.5) 종합병원 전이암주요치료비(만기보장형) (세부보장별,연간1회한)	세부보장별 연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 하이클래스 암주요치료비(연간1회한,10년간)	연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 하이클래스 항암약물치료비(연간1회한,10년간)	연간 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 종합병원 하이클래스 암주요치료비(만기보장형)	각 치료행위별로 연간 1회에 한해 보장 (단, 암수술은 수술1회당 보장)
기타	간편고지(3.5.5) 암 진단 후 여성생식세포 동결보존비(최초1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 보험료납입면제대상II	최초 1회에 한해 보장
	간편고지(3.5.5) 보험료납입면제대상IV	최초 1회에 한해 보장

주1) 피보험자가 암의 항암방사선·약물치료비를 지급받은 이후에는 기타피부암 또는 갑상선암의 항암방사선·약물치료비를 지급하지 않습니다.

주2) 피보험자가 암의 항암호르몬약물허가치료비를 지급받은 이후에는 기타피부암 또는 갑상선암의 항암호르몬약물허가치료비를 지급하지 않습니다.

02. 해약환급금에 관한 사항

◉ 보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해약환급금을 지급합니다.

주의

① 1종(세만기형, 표준형) 가입시 해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

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

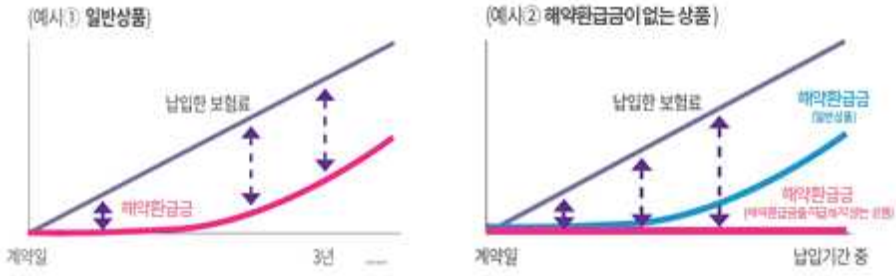
해약환급금 0원 [납입기간 중 해지시]

② 2종(세만기형, 해약환급금미지급형II) 납입기간 중 보험계약을 해지할 경우 해약환급금은 없습니다.

* 대신 1종(세만기형, 표준형)보다 일반적으로 저렴하게 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 1종(세만기형, 표준형) 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

* 다만, 일부 담보는 2종(세만기형, 해약환급금미지급형II)임에도 불구하고 1종(세만기형, 표준형)의 해약환급금을 100% 지급하며 보험료도 표준형과 동일합니다. 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

계약의 해지시점	2종(세만기형, 해약환급금미지급형II)
보험료 납입기간 중	없음
보험료 납입기간 완료이후	표준형 해약환급금의 50%



03. 갱신 시 보험료인상 가능성

보험료갱신형 보험료 변동가능

주의

◉ 이 보험에는 갱신 시 보험료가 변동되는 갱신형 담보가 포함되어 있습니다.
갱신형 계약은 갱신할 때 마다 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 계약

간편고지(3.5.5) 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형)
간편고지(3.5.5) 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형),
간편고지(3.5.5) 암진단후여성생식세포동결보존비(최초1회한)(갱신형)
간편고지(3.5.5) 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형),
간편고지(3.5.5) 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)
간편고지(3.5.5) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)
간편고지(3.5.5) 항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)
간편고지(3.5.5) 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)
간편고지(3.5.5) 항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형)
간편고지(3.5.5) 암MRI검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형)
간편고지(3.5.5) PET검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형)
간편고지(3.5.5) 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)(갱신형)

04. 갱신대상 보장별 갱신종료 나이

담보명	갱신종료 나이
간편고지(3.5.5) 암진단후여성생식세포동결보존비(최초1회한)(갱신형)	45세
간편고지(3.5.5) 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형) 간편고지(3.5.5) 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형) 간편고지(3.5.5) 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 간편고지(3.5.5) 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 간편고지(3.5.5) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 간편고지(3.5.5) 항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 간편고지(3.5.5) 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 간편고지(3.5.5) 항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 간편고지(3.5.5) 암MRI검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형) 간편고지(3.5.5) PET검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형) 간편고지(3.5.5) 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)(갱신형)	80세 90세 100세

05. 보험료 납입면제 관련 유의사항

① 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 차회 이후 보장보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

- 납입면제형(5대)
  1) 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되었을 경우
  2) 「뇌졸중」으로 진단 확정 되었을 경우
  3) 「급성심근경색증」으로 진단 확정 되었을 경우
  4) 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
  5) 진단 확정된 질병으로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

- 납입면제형(암)
  1) 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되었을 경우

② 갱신형 보통약관 및 갱신형 특별약관의 경우 '①'의 보장보험료 납입면제는 갱신전 계약의 보험기간 종료일까지만 적용되며, 갱신시에는 소멸되지 않은 갱신계약의 보장보험료를 납입하여야 합니다.

③ '①'의 사유로 보장보험료 납입면제가 된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

주의 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

06. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특징

① 보장성보험



주의

① 이 보험은 피보험자의 상해 및 질병에 대한 위험을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.

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

② 금리연동형보험(1종에 한함)



주의

① 이 보험의 계약자적립액 산출에 적용되는 이율은 매월 변동됩니다.

② 동 이율은 납입한 주계약(또는 적립) 보험료에서 계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험보장 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.

③ 이 보험의 최저보증이율*은 연복리 0.3%입니다.

* 자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

③ 예금자보호제도에 관한 사항



주의

① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

② 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호되며, 1억원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

④ 간편심사

주의

- 이 상품은 ‘간편심사’ 상품으로 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험료보다 저렴한 일반심사보험에 가입할 수 있습니다. (다만, 일반심사보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있습니다.)

⑤ 갱신형보장

주의

- 회사는 갱신형보장의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- 해당 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당 보장은 자동으로 갱신됩니다.
- 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- 갱신형보장의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.



【예시 : 40세의 피보험자가 5년 만기로 갱신하는 경우】

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 보장보험료는 가입시점의 40세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 보장보험료는 가입 5년 후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(40세 → 45세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 6,200원을 납입합니다. 한편, 세 번째 갱신계약의 보장보험료는 가입 15년 후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(50세 → 55세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

구분	40세	45세	50세	55세	…	비고
보장보험료	5,000원	6,200원	7,600원	12,500원	…	
최초계약 보험료표	5,000원	6,500원	8,000원	10,000원	…	
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	…	나이증가 위험률 인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	…	나이증가
세 번째 갱신계약 보험료표	6,300원	8,000원	9,900원	12,500원	…	나이증가 위험률 상승
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮		

07. 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

주의

① 암 관련 보장

- 피보험자가 약관에서 정한 보장개시일 이전에 “암”(“제자리암”, “경계성종양”, “기타피부암 및 갑상선암”제외)으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인생검(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

② 특정질병 관련 보장

- 암, CI보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 특정질병의 진단 확정일이 보험계약일부터 일정기간(예 : 1년, 2년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

③ 입원 관련 담보

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 수술 관련 담보

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

⑤ 상해 관련 담보

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 상해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

08. 보험사기 관련 특히 유의할 사항

주의

① 보험사기의 정의

- 보험금 지급요건이 되는 재해, 상해, 도난, 방화 또는 기타의 손실을 의도적으로 연출하거나 조작한 후 보험회사를 기망하여 보험금을 편취하는 행위(경성사기) 또는 보험사고 발생시 합법적인 청구를 과장, 확대하거나 계약 체결시 허위정보를 제공하여 낮은 보험료를 지불하는 등의 행위(연성사기)를 말하며, 이를 공모하거나 방조하는 행위도 보험사기로 간주됩니다.

② 보험사기처벌에 관한 사항

- 보험사기는 「형법 제347조」에 의거, 10년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처해지게 됩니다.
- 보험사기로 인한 이득액이 5억원 이상인 경우 「특정경제범죄가중처벌 등에 관한 법률 제3조」에 의해 가중처벌되며, 이득액 이하에 상당하는 벌금이 병과될 수 있습니다.
  1) 5억원 이상 50억원 미만 : 3년 이상의 유기징역
  2) 50억원 이상 : 무기 또는 5년 이상의 징역

Ⅲ. 보험계약의 일반사항



01. 청약을 철회할 수 있는 권리

(보통약관기준) 청약의 철회 p.10

◉ 일반금융소비자인 보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내(다만, 청약을 한 날부터 30일을 한도로 합니다.)에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.



◉ 일반금융소비자 : 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말합니다.

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

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

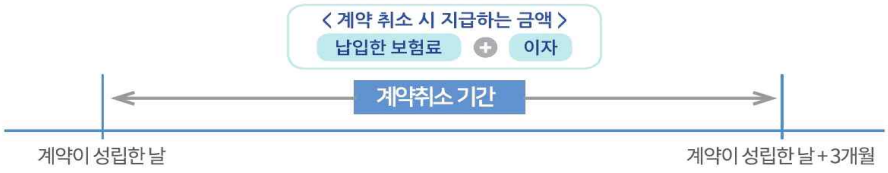
약관교부 및 설명의무 등 p.11

◉ 보험계약자는 다음의 경우 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



03. 보험계약의 무효

계약의 무효 p.12

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

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의(신뢰성을 갖춘 전자문서 포함)를 얻지 않은 경우

② 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우

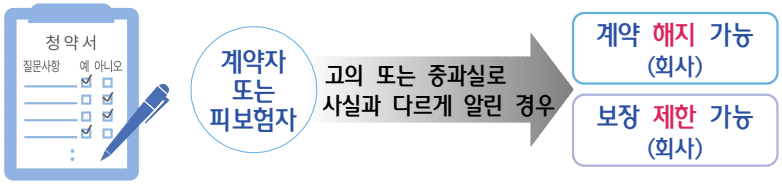
③ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우



04. 보험계약前 알릴의무 및 위반시효과

계약 전 알릴 의무 p.7

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



주의

① 청약서의 질문사항에 대하여 보험설계사에게만 구두로 알렸을 경우 보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.

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



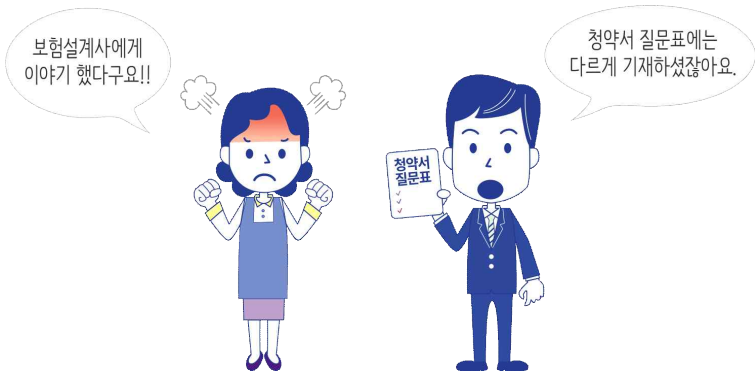
민원 사례

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

→ 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

법률 지식

[대법원 2007.6.28.선고 2006다59837]
일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음



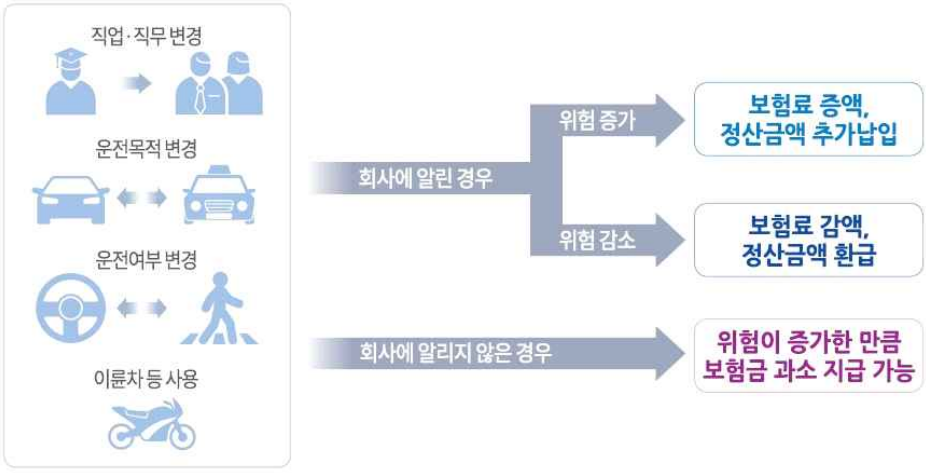
05. 보험계약後 알릴 의무 및 위반시 효과

계약 후 알릴 의무 p.7

◉ 보험계약자 또는 피보험자는 직업, 직무 변경 등이 발생한 경우 지체없이 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다. 이를 위반하는 경우 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

주의

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

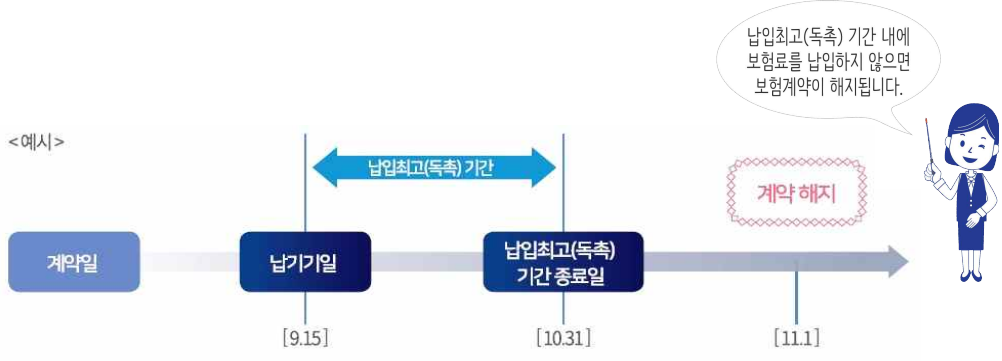


06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

보험료의 납입이 연체되는 경우
납입최고(독촉)와 계약의 해지 p.19

◉ 보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 회사가 정하는 14일 이상의 기간을 보험료 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

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





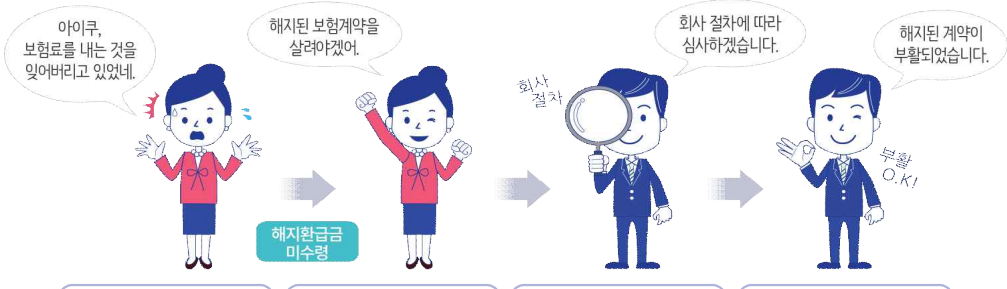
07. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복) p.19

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

주의

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



보험료미납으로 인한 **계약의 해지**	해지 후 3년 이내 **부활 청약**	건강상태, 직업 등 **심사**	**승낙** or **거절** 또는 **일부 보장제한**

08. 보험계약대출

보험계약대출 p.22

◉ 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

주의

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

<예시>

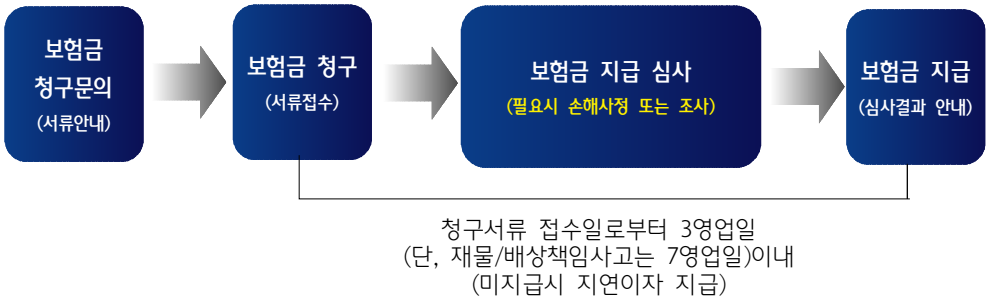
환급금 내역서				
해지환급금	공제금액			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000 만원	500 만원	5 만원	505 만원	495 만원



09. 보험금 청구절차 및 서류

보험금 등의 지급절차 p.4

◉ 보험금은 보험금 청구서류를 접수한 날부터 3영업일(단, 재물/배상책임사고는 7영업일) 이내에 보험금을 지급합니다.



청구서류 접수일로부터 3영업일
(단, 재물/배상책임사고는 7영업일)이내
(미지급시 지연이자 지급)

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

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

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

● : 꼭 필요한 서류

△ : 서류가 필요할 수도 있음



Ⅳ. 보험금 청구시 구비서류 안내

※ 아래의 보험금 청구서류 외에 추가/대체 서류를 요청드리는 경우가 있을 수 있으니, 반드시 담당자와 필요 서류에 대해서 상의하시기 바랍니다.

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th colspan="2">구비서류</th><th>제공/발급처</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">공 통</td><td colspan="2">· 보험금청구서, 개인(신용)정보처리동의서
· 수익자 계좌번호
· 청구인 신분증 사본</td><td>당사 양식</td></tr>
<tr><td>가족관계 확인 필요시
(배우자/자녀 등의 보장상품,
수익자가 미성년자인 경우 등)</td><td>· 가족관계 확인 서류
(가족/혼인관계증명서)</td><td rowspan="2">시/군/구청 및
읍/면/동
주민센터
보험회사
(위임장)</td></tr>
<tr><td>대리인청구시</td><td>· 위임장 원본(인감날인)
· 보험금청구권자의 인감증명서 원본 또는 본인서명사실확인서
· 보험금청구권자의 개인(신용)정보동의서</td></tr>
<tr><td rowspan="7">상해</td><td>사망</td><td colspan="2">· 사망진단서 또는 사체검안서(사본 제출시 원본대조필 포함)
· 사망자 기준의 가족/혼인관계증명서 등(보상담당자와 상의 요)
· 위임자의 위임장 및 인감증명서, 신분증 사본</td><td>의료기관
주민센터</td></tr>
<tr><td>후유장해</td><td colspan="2">· 후유장해진단서(약관상 장해분류표에 따른 장해판정 필요)
- 장해부위별 약관에 따른 장해진단 방법이 상이하므로 자세한 상담을 원하시는 경우 장해진단서 발급 전 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.
· 일반진단서로 대체 가능한 경우
- 만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재)
- 사지절단(절단부위 명시) : X-RAY 결과지
- 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지
- 비장 · 신장 · 안구적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지
- 장기전절제(절제일자, 부위 명시) : 수술기록지</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>상해/골절
진단비</td><td colspan="2">· 초진기록지/응급실기록지/구급활동일지 中 1
· 진단서/소견서
· 영상검사결과지(판독지), 골절 영상 등</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>상해/골절
수술비</td><td colspan="2">· 초진기록지/응급실기록지/구급활동일지 中 1
· 진단서/소견서
· 영상검사결과지(판독지), 골절 영상 등
· 수술기록지, 진료비세부내역서 등</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>입원</td><td colspan="2">· 초진기록지, 영상검사결과지(판독지) 中 1
· 입퇴원요약지(입퇴원확인서x) 등
→ 4일 이상 입원 시 간호기록지 必</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>통원</td><td colspan="2">· 진단명(질병분류코드 포함)이 포함된 서류
(예시)통원확인서, 치료확인서, 진료기록지 등</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>간병인
일당</td><td colspan="2">· 사업자등록증, 간병인협회 가입확인서
· 간병인 영수증, 간병비 입출금내역
· 입퇴원요약지</td><td>의료기관</td></tr>
</table>

구분		구비서류	제공/발급처
질병	사망	· 사망진단서 또는 사체검안서(사본 제출시 원본대조필 포함) · 사망자 기준의 가족/혼인관계증명서 등(보상담당자와 상의 요) · 위임자의 위임장 및 인감증명서, 신분증 사본	의료기관 주민센터
	후유장해	· 후유장해진단서(약관상 장해분류표에 따른 장해판정 필요) - 장해부위별 약관에 따른 장해진단 방법이 상이하므로 자세한 상담을 원하시는 경우 장해진단서 발급 전 보상담당자와 상의하시기 바랍니다. · 일반진단서로 대체 가능한 경우 - 만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재) - 사지절단(절단부위 명시) : X-RAY 결과지 - 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지 - 비장 · 신장 · 안구적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지 - 장기전절제(절제일자, 부위 명시) : 수술기록지	의료기관
	진단	· 진단서 · (암) 조직검사결과지 - 백혈병 : 골수 및 혈액검사 결과지 - 뇌/폐/췌장암 : 방사선 판독 결과지(조직검사 불가시) - 간암 : 방사선 판독결과지(조직검사 불가시) 및 혈액검사 결과지 · (뇌질환) CT,MRI 등 방사선 판독결과지 · (심질환) 관상동맥 조영술결과지, 심전도결과지, 심장효소 혈액검사결과지 등 각종검사결과지	의료기관
	수술비	· 수술기록지 · 영수증, 진료비세부내역서 · 조직검사결과지(용종 절제 시)	의료기관
	입원	· 진단명(질병분류코드 포함), 입원기간이 포함된 서류 - 간호기록지(4일 초과 시) (예시) 입퇴원확인서, 치료확인서, 초진기록지, 진료기록지 등	의료기관
	통원	· 진단명(질병분류코드 포함)이 포함된 서류 (예시) 통원확인서, 치료확인서, 진료기록지 등	의료기관
	간병인 일당	· 사업자등록증, 간병인협회 가입확인서 · 간병인 영수증, 간병비 입출금내역 · 입퇴원요약지	의료기관

V. 보험용어 해설

◉ 보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

◉ 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

◉ 보험계약 관계자

피보험자, 보험수익자, 대리인

<신체손해·비용손해 보장>

가. 피보험자 : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람으로 피보험자라 정함

나. 보험수익자 : 보험사고 발생 시 보험금 청구권을 갖는 사람

다. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

◉ 보험료

1) 보장보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료

2) 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

3) 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액

◉ 보험금

<신체손해·비용손해 보장>

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

◉ 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

◉ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

◉ 보험계약일

계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준

◉ 보험년도

보험계약일로부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음연도 보험계약해당일 전일까지의 기간)를 말함

◉ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

◉ 계약자적립액

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

◉ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

◉ 청약철회

보험계약을 체결한 후 일정 기간 내에 계약을 취소할 수 있는 제도

◉ 제척기간

일정한 권리에 대해 법적으로 정해진 존속기간을 의미

◉ 초과보험

가입자와 보험사가 계약상 임의로 정한 보험 가입금액이 보험가액을 초과하는 경우를 의미

◉ 보험목적물

보험에서 보장하는 내용, 즉 보험사고 발생의 대상을 의미

◉ 승환

기존보험 계약을 해지하고 새로운 보험 계약으로 가입하는 것을 의미

◉ 불완전판매

보험상품을 소비자에게 판매할 때 보험금 지급 기준을 비롯한 주요 사항에 대한 충분한 설명을 하지 않고 보장금액만 강조하는 행위

◉ 면책기간

보험사가 소비자의 도덕적해이를 막기 위해 마련해 놓은 장치로 가입 후 일정 기간 보장을 해주지 않는 기간

◉ 감액지급기간

보험금 지급 사유가 발생하더라도 보험금액을 전부 지급하지 않고 감액하여 지급하는 기간

◉ 납입면제

사고나 질병으로 인해 보험료 납입이 어려운 상태가 되는 경우 계약자의 보험료 납입 의무를 면제해 주는 제도

◉ 전기납

보험기간과 납입기간이 같은 계약의 형태

◉ 세만기형

일정 기간 동안 매월 보험료 납부 후, 정해진 나이까지 보장을 받는 형식

◉ 부활

보험계약이 효력을 상실한 상태에서 다시 효력을 회복하는 것을 의미

◉ 무배당

배당을 주지 않는 보험상품을 의미

무배당 하나더스마트 3.5.5 간편 여성건강보험
약 관

• 상황별 목차 •

※ 아래와 같은 상황에서 필요한 정보를 해당 약관 조항에서 확인할 수 있습니다. 단, 조항번호는 보통약관 기준입니다.

구 분	상 황	해당 조항
❶ 용어 정의	이 계약에서 쓰이는 용어를 알고 싶어요.	제2조(용어의 정의) ····· 2
❷ 보험금의 지급	어떤 경우에 보험금을 받을 수 있나요?	제3조(보험금의 지급사유) ····· 3 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 3 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 3
	보험금은 청구하면 언제 지급되나요?	제8조(보험금 등의 지급절차) ····· 3
❸ 계약 전 알릴 의무	계약 전 알릴 의무가 무엇인가요?	제15조(계약 전 알릴 의무) ····· 7 제17조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 8
❹ 보험계약의 성립과 유지	청약을 철회하고 싶어요.	제20조(청약의 철회) ····· 10
	보험수익자를 변경하고 싶어요. 보험가입금액을 감액하고 싶어요.	제23조(계약내용의 변경 등) ····· 13
❺ 보험료의 납입	보험료 납입할 때 유의할 점은 무엇인가요?	제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 15 제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 15
	보험료의 납입이 연체되었어요.	제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 19 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 19
❻ 계약의 해지	계약을 해지하고 싶어요.	제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 21 제37조(해약환급금) ····· 21

목차

보험계약 구분

1종 : 세만기형, 표준형
2종 : 세만기형, 해약환급금미지급형II

보 통 약 관

제1관 목적 및 용어의 정의 2
제1조(목적) 2
제2조(용어의 정의) 2

제2관 보험금의 지급 3
제3조(보험금의 지급사유) 3
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 3
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 3
제6조(보험금 지급사유 등의 통지) 4
제7조(보험금 등의 청구) 4
제8조(보험금 등의 지급절차) 4
제9조(공시이율의 적용 및 공시)【1종(세만기형, 표준형)에 한함】 5
제10조(만기환급금의 지급)【1종(세만기형, 표준형)에 한함】 5
제11조(보험금 받는 방법의 변경) 5
제12조(주소변경통지) 6
제13조(보험수익자의 지정) 6
제14조(대표자의 지정) 6

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 7
제15조(계약 전 알릴 의무) 7
제16조(계약 후 알릴 의무) 7
제17조(알릴 의무 위반의 효과) 8
제18조(사기에 의한 계약) 9

제4관 보험계약의 성립과 유지 10
제19조(보험계약의 성립) 10
제20조(청약의 철회) 10
제21조(약관교부 및 설명의무 등) 11
제22조(계약의 무효) 12
제23조(계약내용의 변경 등) 13
제24조(보험나이 등) 13
제25조(계약의 소멸) 14

제5관 보험료의 납입 15
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 15
제27조(제2회 이후 보험료의 납입) 15
제28조(보험료의 납입면제)(납입면제형에 한함) 15
제28-1조("암(유사암제외)"의 정의 및 진단확정) 16
제28-2조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정) 16
제28-3조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정) 17
제29조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)(납입면제형에 한함) 17
제29-1조("일반상해80%이상후유장해" 관한 납입면제 세부규정) 17
제29-2조("질병80%이상후유장해" 관한 납입면제 세부규정) 18
제29-3조("암(유사암 제외)" 관한 납입면제 세부규정) 18
제30조(보험료의 자동대출납입) 18
제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 19
제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 19
제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 20

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 21
제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 21

목차

제35조(중대사유로 인한 해지) 21
제36조(회사의 파산선고와 해지) 21
제37조(해약환급금) 21
제38조(보험계약대출) 22
제39조(배당금의 지급) 22
제40조(위법계약의 해지) 22

제7관 보험계약의 자동갱신 등(갱신형 특별약관에 한함) **23**
제41조(적용범위) 23
제42조(계약의 자동갱신) 23
제43조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제) 23

제8관 분쟁의 조정 등 **24**
제44조(분쟁의 조정) 24
제45조(관할법원) 24
제46조(소멸시효) 24
제47조(약관의 해석) 24
제48조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) 24
제49조(회사의 손해배상책임) 24
제50조(개인정보보호) 24
제51조(준거법) 25
제52조(예금보험에 의한 지급보장) 25

특 별 약 관

Ⅰ. 질병관련 특별약관 **27**
1-1. 간편고지(3.5.5) 암사망 특별약관 27
1-2. 간편고지(3.5.5) 암진단비(유방암 및 생식기암 제외) 특별약관 29
1-3. 간편고지(3.5.5) 유방암및생식기암진단비 특별약관 31
1-4. 간편고지(3.5.5) 유사암진단비 특별약관 33
1-5. 간편고지(3.5.5) 재진단암진단비 특별약관 35
1-6. 간편고지(3.5.5) 고액치료비암진단비 특별약관 40
1-7. 간편고지(3.5.5) 11대특정암진단비 특별약관 42
1-8. 간편고지(3.5.5) 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관 44
1-9. 간편고지(3.5.5) 중증갑상선암진단비 특별약관 46
1-10. 간편고지(3.5.5) 삼중음성유방암진단비 특별약관 48
1-11. 간편고지(3.5.5) 통합암진단비Ⅱ(유사암제외,전이포함) 특별약관 51
1-12. 간편고지(3.5.5) 암수술비(유사암제외) 특별약관 58
1-13. 간편고지(3.5.5) 유사암수술비 특별약관 61
1-14. 간편고지(3.5.5) 유방암으로 인한 유방수술비 특별약관 64
1-15. 간편고지(3.5.5) 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회한) 특별약관 67
1-16. 간편고지(3.5.5) 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형) 특별약관 70
1-17. 간편고지(3.5.5) 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형) 특별약관 75
1-18. 간편고지(3.5.5) 특정8대기관양성종양및3대기관용종수술비(급여,연간1회한) 특별약관 78
1-19. 간편고지(3.5.5) 대장용종제거수술비(급여,용종개수당) 특별약관 80
1-20. 간편고지(3.5.5) 암 진단 후 여성생식세포 동결보존비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 82
1-21. 간편고지(3.5.5) 암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도) 특별약관 85
1-22. 간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도) 특별약관 91
1-23. 간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(종합병원)(1일이상180일한도) 특별약관 96
1-24. 간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 101
1-25. 간편고지(3.5.5) 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도) 특별약관 105
1-26. 간편고지(3.5.5) 암직접치료통원비 특별약관 109
1-27. 간편고지(3.5.5) 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 113
1-28. 간편고지(3.5.5) 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도) 특별약관 120
1-29. 간편고지(3.5.5) 암간호·간병통합서비스사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 126
1-30. 간편고지(3.5.5) 암주요재활치료비(급여,1일1회,연간10회한) 특별약관 131
1-31. 간편고지(3.5.5) 항암방사선·약물치료비 특별약관 134
1-32. 간편고지(3.5.5) 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 137
1-33. 간편고지(3.5.5) 항암중입자방사선치료비(최초1회한) 특별약관 140
1-34. 간편고지(3.5.5) 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 143

목차

1-35. 간편고지(3.5.5) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 148
1-36. 간편고지(3.5.5) 항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 153
1-37. 간편고지(3.5.5) 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 158
1-38. 간편고지(3.5.5) 항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 162
1-39. 간편고지(3.5.5) 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외,전이포함) 특별약관 165
1-40. 간편고지(3.5.5) 암주요치료비(연간1회한,5년간) 특별약관 169
1-41. 간편고지(3.5.5) 암주요치료비Ⅱ(연간1회한,10년간) 특별약관 176
1-42. 간편고지(3.5.5) 상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)암주요치료비(연간1회한,10년간) 특별약관 184
1-43. 간편고지(3.5.5) 종합병원 암(유사암제외)주요치료비Ⅱ(만기보장형) 특별약관 193
1-44. 간편고지(3.5.5) 종합병원 유사암주요치료비Ⅱ(만기보장형) 특별약관 199
1-45. 간편고지(3.5.5) 종합병원 전이암주요치료비(만기보장형)(세부보장별,연간1회한) 특별약관 205
1-46. 간편고지(3.5.5) 하이클래스 암주요치료비(연간1회한,10년간) 특별약관 210
1-47. 간편고지(3.5.5) 하이클래스 항암약물치료비(연간1회한,10년간) 특별약관 215
1-48. 간편고지(3.5.5) 종합병원 하이클래스 암주요치료비(만기보장형) 특별약관 219
1-49. 간편고지(3.5.5) 암 MRI검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관 225
1-50. 간편고지(3.5.5) PET검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관 228
1-51. 간편고지(3.5.5) 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관 230
1-52. 간편고지(3.5.5) 유방 바늘생검 조직병리진단비(급여,연간1회한) 특별약관 233
1-53. 간편고지(3.5.5) 갑상선 바늘생검 조직병리진단비(급여,연간1회한) 특별약관 235
1-54. 간편고지(3.5.5) 자궁 생검 조직병리진단비(급여,연간1회한) 특별약관 237
1-55. 간편고지(3.5.5) 보험료납입지원(유사암진단) 특별약관 239
1-56. 간편고지(3.5.5) 보험료납입면제대상Ⅳ 특별약관 242

Ⅱ. 상해 및 질병관련 특별약관 **244**
2-1. 간편고지(3.5.5) 유방절제수술비(최초1회한) 특별약관 244
2-2. 간편고지(3.5.5) 보험료납입면제대상Ⅱ 특별약관 246

Ⅲ. 제도성 특별약관 **249**
3-1. 피보험자추가 특별약관 249
3-2. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관 250
3-3. 보험료 자동납입 특별약관 251
3-4. 지정대리청구서비스 특별약관 252
3-5. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 253
3-6. 장애인전용보험전환 특별약관 255
3-7. 전자서명 특별약관 258
3-8. 보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관 259
3-9. 보험금 선지급 특별약관 260
3-10. 보험료 납입유예 특별약관 262

별 표
【별표1】 장해분류표 266
【별표2】 악성신생물(암) 분류표 281
【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 282
【별표4】 뇌졸중 분류표 283
【별표5】 급성심근경색증 분류표 284
【별표6】 유방암 및 생식기암 분류표 285
【별표7】 제자리신생물 분류표 286
【별표8】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 287
【별표9】 고액치료비암 분류표 288
【별표10】 11대특정암 분류표 289
【별표11】 갑상선암 분류표 290
【별표12】 통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함) 분류표 291
【별표13】 유방암으로 인한 유방수술 분류표 294
【별표14】 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암 분류표 295
【별표15】 자궁적출수술 분류표 296
【별표16】 8대기관 양성종양 및 용종 분류표 297
【별표17】 8대기관 양성종양 및 용종 수술(급여) 대상 수가코드 298
【별표18】 대장용종제거수술(급여) 분류표 300
【별표19】 암주요재활치료(급여) 대상 수가코드 301
【별표20】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 302

목차

【별표21】 카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물 분류표 312
【별표22】 카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명 313
【별표23】 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 314
【별표24】 갑상선암 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 317
【별표25】 전이암 분류표 318
【별표26】 급여 특정NGS유전자패널검사 분류표 319
【별표27】 유방 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표 320
【별표28】 갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표 321
【별표29】 자궁 생검 조직병리진단(급여) 분류표 322
【별표30】 유방절제수술 분류표 323
【별표31】 특정부위 분류표 324
【별표32】 특정질병 분류표 326
【별표33】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 328

무배당 하나더스마트 3.5.5 간편 여성건강보험
1종 · 2종 보통약관
간편고지(3.5.5) 일반상해80%이상후유장해

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
   - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 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.
   - 나. 장해: 【별표1】『장해분류표』에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.



【연단위 복리】
회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때
- 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원
- 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원

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



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

   - 다. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   - 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 『관공서의 공휴일에 관한 규정』에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 "장해분류표"(【별표1】『장해분류표』 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 계약의 보험가입금액을 일반상해 80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"에 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 "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 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.



【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 제28조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제도 적용하지 않습니다.

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



【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않으며, 제28조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제도 적용하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리 거나 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(보험금 지급사유 등의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 알게된 경우 또는 제28조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제사유의 발생을 알게된 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료의 납입면제 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 납입면제 청구 등에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(보험금 등의 지급절차)

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

② 회사가 보험금 지급사유의 조사・확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(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 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우



【보험금 가지급제도】

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

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 제44조(분쟁의 조정)에 따르며, 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

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.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표33】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제9조(공시이율의 적용 및 공시)【1종(세만기형, 표준형)에 한함】

① 이 계약의 기본계약 적립부분 계약자적립액 계산시 적용되는 이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성공시이율3(이하 '공시이율'이라 합니다)으로 합니다. 단, 공시이율의 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%로 합니다.



【최저보증이율】

공시이율이 낮아지더라도 회사가 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 0.3%인 경우 공시이율이 0.25%로 낮아지더라도 계약자적립액은 공시이율(0.25%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 부리됩니다. 따라서 계약자는 공시이율이 아무리 낮아지더라도 최저보증이율로 부리한 계약자적립액은 보장받을 수 있습니다.

② 제1항의 공시이율은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리(국고채, 회사채, 통화안정증권 등의 수익률을 가중평균하여 계산)를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

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

제10조(만기환급금의 지급)【1종(세만기형, 표준형)에 한함】

① 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 제9조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험계약대출금이 있을 경우에는 그 원금과 이자를 빼고 지급합니다.

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 【별표33】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에 따릅니다.

제11조(보험금 받는 방법의 변경)

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

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 이 계약의 평

균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.



예) 보험금: 3천만원, 보험금 지급일자: 2026년 8월 10일
보험금을 일시에 받지않고 3년 동안 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	지급금액
2026년 8월 10일	1천만원
2027년 8월 10일	1천만원×(평균공시이율)[1]
2028년 8월 10일	1천만원×(평균공시이율)[2]

※ 평균공시이율이란 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 "업무자료-보험상품자료"에서 확인할 수 있습니다)

제12조(주소변경통지)

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

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

제13조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제10조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 밖의 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.



【법정상속인】
법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제14조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.



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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴의무"라 하며, 「상법」 상 "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 3년 내에 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.

제16조(계약 후 알릴 의무)

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

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



[직업]

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간 동안(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, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제23조(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 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

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.



【비례보상에 대한 예시】

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가하였으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경 전 보험료를 계속 납입하던 중 일반상해80%이상후유장해에 대한 보험금 지급사유가 발생한 경우

예시) 직업급수가 1급에서 2급으로 변경된 경우
일반상해80%이상후유장해 보험가입금액 : 1천만원
일반상해80%이상후유장해 변경전 요율(1급) : 0.4
일반상해80%이상후유장해 변경후 요율(2급) : 0.8
→ 고객이 수령하는 일반상해80%이상후유장해 보험금 : 1천만원 × (0.4 ÷ 0.8) = 500만원

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.

제17조(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 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(계약 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 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을

때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(계약 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 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)

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

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, "인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액"을 차감한 금액. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제19조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

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

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

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 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 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제20조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제46조 및 관련 법규가 정하는 바에 따라 보험증권을 받은 날 부터 15일 이내(다만, 청약을 한 날부터 30일을 한도로 합니다.)에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.



【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말합니다.

【전문금융소비자】

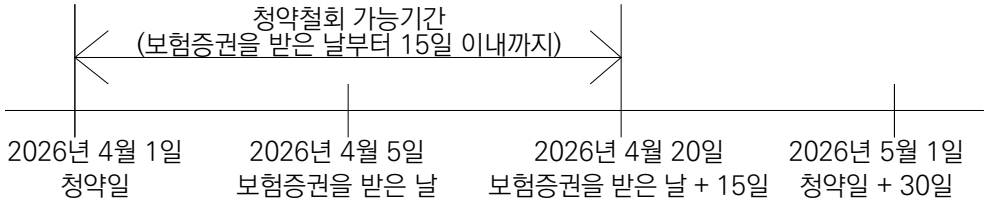
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 한다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

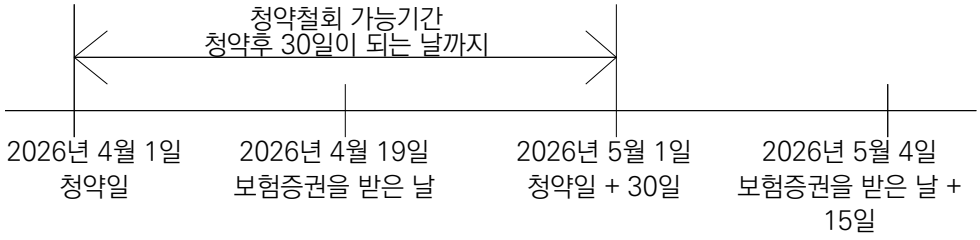


【청약철회 가능기간】

[사례1]



[사례2]



일반적으로 일반금융소비자인 계약자는 [사례1]의 경우처럼 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 그러나, [사례2]의 경우처럼 보험증권을 받은 날부터 15일(2026년 5월 4일)이 청약한 날부터 30일(2026년 5월 1일)을 초과하는 경우 청약철회 가능기간은 2026년 5월 1일까지로 합니다.

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

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야하며, 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.

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

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

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

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

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



【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
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항



【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 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.



【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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제22조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법」 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.



【심신상실자】

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

【심신박약자】

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

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

제23조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만 2종(세만기형, 해약환급금미지급형Ⅱ)의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.

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

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



【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 해약환급금이 있을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

⑦ 제1항의 규정에 따라 보험료를 감액하는 등 계약내용이 변경되는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제24조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

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



【보험나이 계산 예시】

생년월일: 1993년 10월 2일

예1) 계 약 일 : 2026년 3월 13일

2026년 3월 13일
− 1993년 10월 2일
32년 5월 11일 = 32세

예2) 계 약 일 : 2026년 4월 13일

2026년 4월 13일
− 1993년 10월 2일
32년 6월 11일 = 33세

【계약해당일 계산】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

계약일 : 2026년 4월 13일 ⇒ 계약해당일 : 매년 4월 13일

단, 계약해당일 2월 29일이 없을 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 합니다.

제25조(계약의 소멸)

① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며, 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.



【계약자적립액】

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

③ 제2항의 '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 사망 연월일을 기준으로 합니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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



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

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

1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

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



【납입기일】
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제28조(보험료의 납입면제)(납입면제형에 한함)

보험계약 구분

1종 : 무배당 하나더스마트 3.5.5 간편 여성건강보험(세만기, 표준형)
① 1형 : 납입면제 미적용형
② 2형 : 납입면제형(5대)
③ 3형 : 납입면제형(암)
2종 : 무배당 하나더스마트 3.5.5 간편 여성건강보험(세만기, 해약환급금미지급형Ⅱ)
① 1형 : 납입면제 미적용형
② 2형 : 납입면제형(5대)
③ 3형 : 납입면제형(암)

① 회사는 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 상해로 “장해분류표”(【별표1】『장해분류표』참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 ‘일반상해80%이상후유장해’라 합니다)가 되었을 경우
2. 진단 확정된 질병으로 “장해분류표”에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 ‘질병80%이상후유장해’라 합니다)가 되었을 경우
3. 보장개시일 이후에 제28-1조(“암(유사암 제외)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암(유사암 제외)”으로 진단 확정되었을 경우

4. 제28-2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단 확정 되었을 경우
5. 제28-3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단 확정 되었을 경우

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

③ 제1항 제3호의 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “보장개시일”이라 합니다)입니다. 다만, 제42조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

④ 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에도 불구하고 제42조(계약의 자동갱신)에 의하여 계약이 갱신이 되는 경우에는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신계약의 보장보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제28-1조(“암(유사암제외)”의 정의 및 진단확정)

① 이 약관에서 “암(유사암 제외)”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)”에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암(유사암 제외)”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암(유사암 제외)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



【‘제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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



【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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



【유의사항】

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

제28-2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

① 이 약관에서 “뇌졸중”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “뇌졸중”(【별표4】『뇌졸중 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법

에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "뇌졸중"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌졸중"으로 확정되거나 추정되는 경우

제28-3조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

① 이 약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "급성심근경색증"(【별표5】『급성심근경색증 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "급성심근경색증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제29조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)(납입면제형에 한함)

① 회사가 제19조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였을 경우 보장이 제외되는 질병으로 제28조(보험료의 납입면제) 제1항의 제3호 내지 제5호의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 보장개시일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입면제를 적용합니다.

③ 제2항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제28조(보험료의 납입면제) 제1항의 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.



【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제29-1조("일반상해80%이상후유장해" 관한 납입면제 세부규정)

① 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"(【별표1】『장해분류표』참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다.

그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 이미 이 계약에서 보험료 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료 납입면제를 적용받지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

제29-2조("질병80%이상후유장해" 관한 납입면제 세부규정)

① 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"(【별표1】『장해분류표』참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 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 "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 이미 이 계약에서 보험료 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료 납입면제를 적용받지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

제29-3조("암(유사암 제외)" 관한 납입면제 세부규정)

① 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호에도 불구하고 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된"암(유사암 제외)"과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 보장개시일 전일 이전에 "암(유사암 제외)"으로 진단확정 받더라도 보장개시일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 보장개시일 이후 5년)이 지나는 동안 그 "암(유사암 제외)"으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호에 따라 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항의 '보장개시일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제30조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제31조(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 제38조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

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

③ 제1항 및 제2항에 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 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입 기간이 종료되거나 제2항에 따라 자동대출 납입을 더 이상 할 수 없는 경우, 이를 최초 도래하는 납입일 15일 이전까지 서면, 전화 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려드립니다.



【자동대출납입】
보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

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

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

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

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

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.



【전자서명법 제2조(정의)】
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율 + 1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제15조(계

약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 의한 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)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.



【강제집행】
강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 아니하는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

【담보권실행】
담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 아니하는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

【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.
법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.
또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제22조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.



【유의사항】

계약자 또는 피보험자가 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 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제36조(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 제37조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(해약환급금)

보험계약 구분

1종 : 세만기형, 표준형
2종 : 세만기형, 해약환급금미지급형Ⅱ

① 이 약관에 따른 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다. 단, 해약환급금미지급형Ⅱ(2종)은 보험료 납입기간 중 이 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표33】 『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제40조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.



【해약환급금 관련 유의사항】

1. 해약환급금미지급형Ⅱ(2종)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 표준형(1종)보다 일반적으로 저렴하게 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 표준형(1종) 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
2. 1.에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 표준형(1종)의 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 회사는 해약환급금미지급형Ⅱ(2종) 가입 시 표준형(1종)의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

⑤ 1항에도 불구하고 아래의 보장 특별약관은 계약이 해지되는 경우 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

구분	특별약관
갱신형 특별약관	간편고지(3.5.5) 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형) 특별약관 간편고지(3.5.5) 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형) 특별약관 간편고지(3.5.5) 암진단후여성생식세포동결보존비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 간편고지(3.5.5) 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 간편고지(3.5.5) 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 간편고지(3.5.5) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 간편고지(3.5.5) 항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 간편고지(3.5.5) 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 간편고지(3.5.5) 항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 간편고지(3.5.5) 암MRI검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관 간편고지(3.5.5) PET검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관 간편고지(3.5.5) 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관

제38조(보험계약대출)

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

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

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제39조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제40조(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지 요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제37조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제7관 보험계약의 자동갱신 등(갱신형 특별약관에 한함)

제41조(적용범위)

이 관에서 정한 내용은 이 계약의 갱신형 특별약관에 한해 적용합니다.

제42조(계약의 자동갱신)

① 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 “갱신계약”이라 합니다.)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만일 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 제5항에 따라 약관이 변경된 경우, 회사는 보험기간이 끝나기 15일 전까지 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑦ 제6항에 따라 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 변경 전 계약의 만기일의 다음날에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고, 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

⑨ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제43조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제8관 분쟁의 조정 등

제44조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제45조(관할법원)

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

제46조(소멸시효)

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



【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2026년 4월 1일에 발생하였음에도 2029년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제47조(약관의 해석)

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

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제48조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

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

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

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



【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제49조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 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.

제50조(개인정보보호)

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제51조(준거법)

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

제52조(예금보험에 의한 지급보장)

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



【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

무배당 하나더스마트 3.5.5 간편 여성건강보험
특별약관

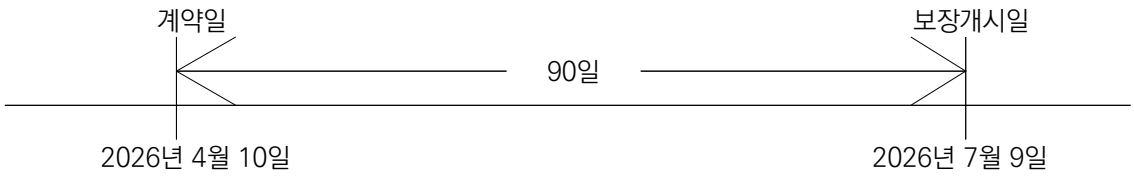
1-1. 간편고지(3.5.5) 암사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 암사망 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암사망 보험금을 지급합니다. 다만, 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정된 경우는 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"의 원인 및 "암사망보험금" 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항의 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

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

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 암사망보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-2. 간편고지(3.5.5) 암진단비(유방암 및 생식기암 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유방암 및 생식기암 제외)으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유방암 및 생식기암 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

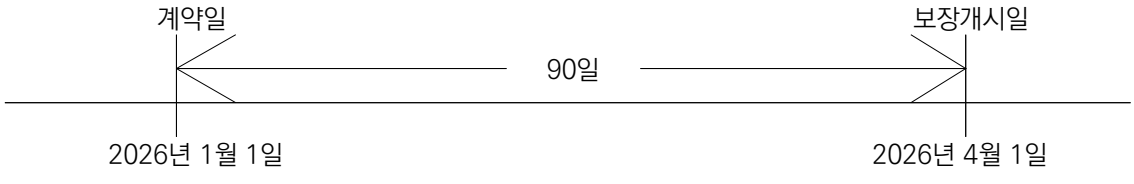
구 분		지급금액
암진단비(유방암 및 생식기암 제외) (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

【유의사항】

유방암, 생식기암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암(유방암 및 생식기암제외)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 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조("암(유방암 및 생식기암 제외)"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암(유방암 및 생식기암 제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암", "갑상선암" 및 "유방암 및 생식기암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항의 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 제1항의 "유방암 및 생식기암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "유방암 및 생식기암"(【별표6】『유방암 및 생식기암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ “암(유방암 및 생식기암 제외)”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암(유방암 및 생식기암 제외)”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유방암 및 생식기암 제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암(유방암및생식기암 제외)으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암진단비(유방암 및 생식기암 제외)를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-3. 간편고지(3.5.5) 유방암및생식기암진단비 특별약관

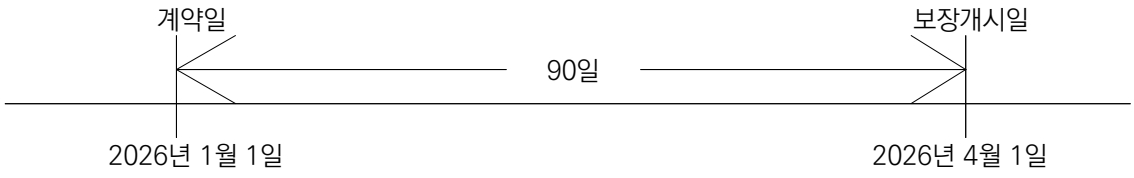
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 유방암 및 생식기암으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방암 및 생식기암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
유방암 및 생식기암 진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 유방암 및 생식기암을 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 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조("유방암 및 생식기암"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "유방암 및 생식기암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "유방암 및 생식기암"(【별표6】『유방암 및 생식기암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

【유방암 및 생식기암 진단비 보장 예시】

특정암(원발부위가 "유방암 및 생식기암"이 아닌 암)으로 암진단비에서 보장을 받은 후 특정암이 "유방암 및 생식기암"으로 전이되었다면 유방암 및 생식기암 진단비는 지급되지 않습니다.
즉, 특정암(원발부위가 "유방암 및 생식기암"이 아닌 암)으로 암진단비에서 보장을 받은 후 "유방암 및 생식기암"으로 유방암 및 생식기암 진단비에서 보장을 받으려면 "유방암 및 생식기암"은 전이암이 아닌 원발암이어야 합니다.

② "유방암 및 생식기암"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "유방암 및 생식기암"의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유방암 및 생식기암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 “유방암 및 생식기암”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 유방암 및 생식기암 진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-4. 간편고지(3.5.5) 유사암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 진단 시 (각각 최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조("기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

⑦ 제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암진단비, 갑상선암진단비, 제자리암진단비 및 경계성종양진단비를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-5. 간편고지(3.5.5) 재진단암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “재진단암 보장개시일” 이후에 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 재진단암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

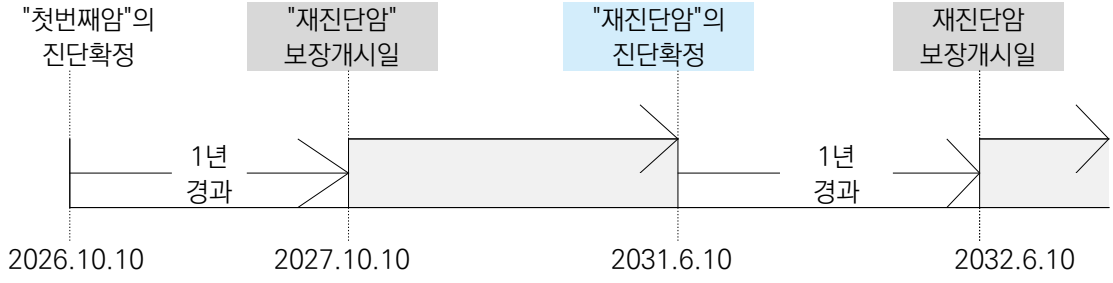
【유의사항】

기타피부암, 갑상선암, 전립선암은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다. 또한, 제자리암, 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1항의 재진단암 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

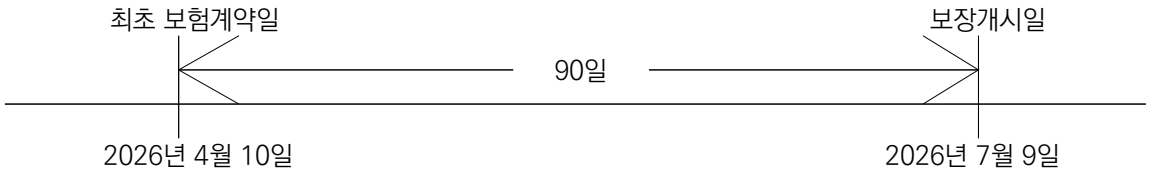
1. 첫 번째 재진단암: 제3항에서 정한 “첫번째암 보장개시일” 이후 최초로 발생한 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)(이하 “첫번째암”이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후 재진단암: 직전 재진단암 진단 확정일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날

【재진단보장개시일[예시]】



③ 제2항 제1호의 “첫번째암 보장개시일”이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【첫번째암 보장개시일[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) 제2항에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제4조(“암” 및 “재진단암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “재진단암”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 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. "재진단암"(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 1년 내에 제4조("암" 및 "재진단암"의 정의 및 진단 확정) 제5항 제1호 내지 제4호의 암(기타피부암, 갑상선암 , 전립선암 제외)으로 진단 확정된 경우

제4조("암" 및 "재진단암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"또는 "첫번째암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암", "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항의 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 제1항의 "전립선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C61에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "재진단암"(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)(이하 "재진단암"이라 합니다.)이라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "재진단암 보장개시일" 이후 진단 확정된 다음 각 호의 암을 말합니다. 다만, "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"은 제외합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

⑥ 제5항에서 "새로운 원발암"이란 원발부위(최초 발생한 부위)에 발생한 암으로 "첫번째암" 또는 "재진단암"과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 "암"(이하 "새로운 원발암"이라 합니다)을 말합니다.

⑦ 제5항에서 "전이암"이란 원발부위(최초 발생한 부위)의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암"을 말합니다.

⑧ 제5항에서 "재발암"이란 "첫번째암"또는 "재진단암"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫번째암"또는 "재진단암"의 암세포를 제거한 후 그 "첫번째암"또는 "재진단암"으로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.

⑨ 제5항에서 "잔여암"이란 "보장개시일" 이후 발생한 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑩ 제9항의 "보장개시일"은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

⑪ "암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

⑬ "재진단암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "재진단암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

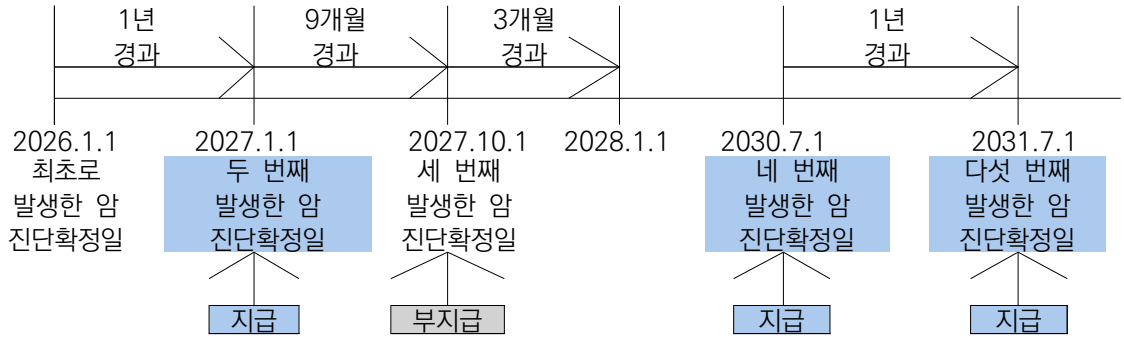
⑭ 제11항, 제12항 및 제13항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암", "전립선암", "갑상선암" 및 "재진단암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제11항, 제12항 및 제13항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

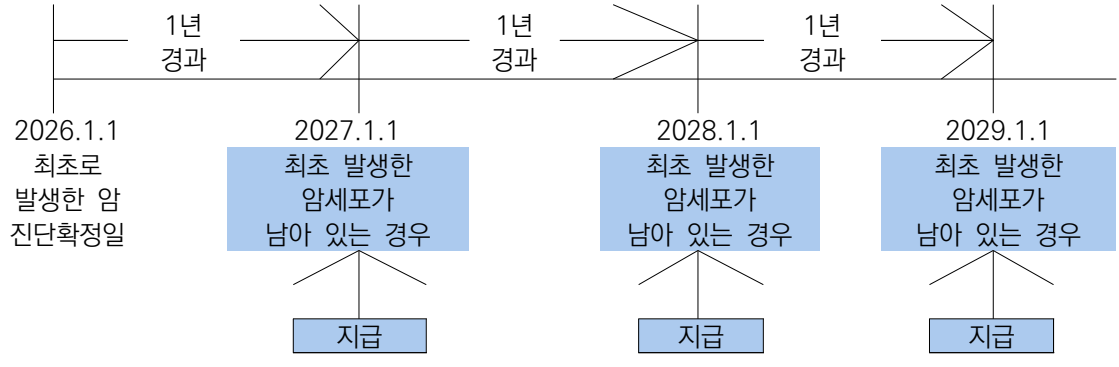
【제5항 제1호 내지 제3호의 예시】

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



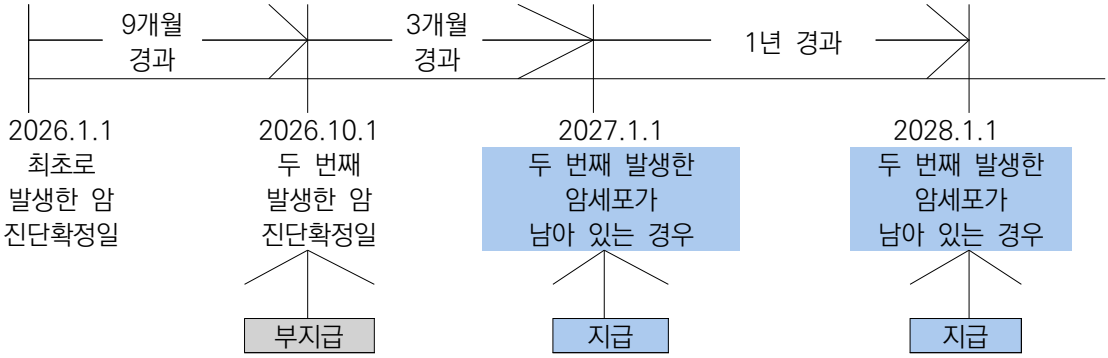
【제5항 제4호의 예시】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【제5항 제4호의 예시】

• 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 "첫번째암 보장개시일"의 전일 이전에 "첫번째암"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

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

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암"으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암" 또는 "재진단암"으로 진단 확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

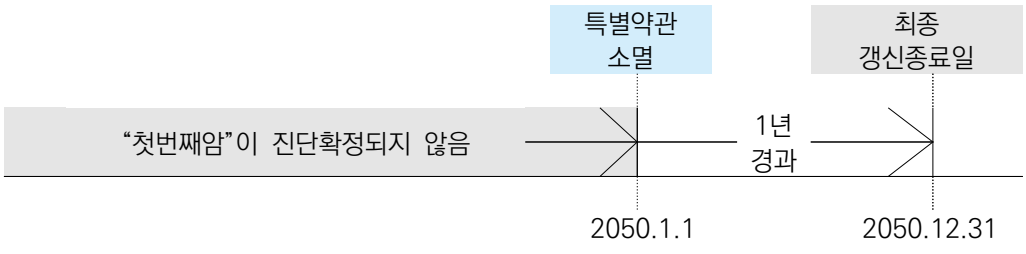
제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸되며, 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

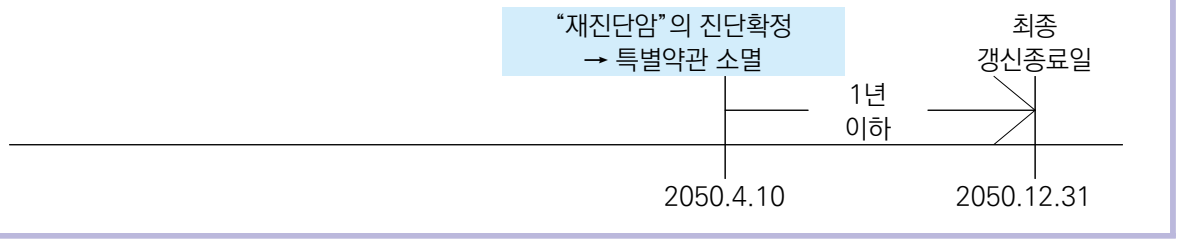
1. "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
2. 피보험자가 "재진단암"으로 진단 확정되어 재진단암진단비가 지급되고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

【재진단암진단비 특별약관의 소멸 제1항】

· 제1호 : "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



· 제2호 : "재진단암" 진단확정 시점에 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-6. 간편고지(3.5.5) 고액치료비암진단비 특별약관

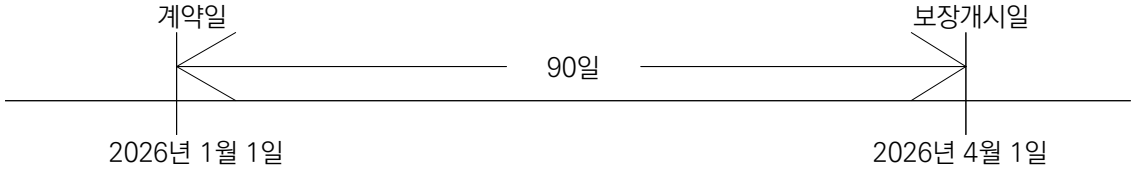
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 고액치료비암으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 고액치료비암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
고액치료비암진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[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.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 고액치료비암을 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 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조("고액치료비암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "고액치료비암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "고액치료비암"(【별표 9】『고액치료비암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)"는 제외합니다.

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

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "고액치료비암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 고액치료비암진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-7. 간편고지(3.5.5) 11대특정암진단비 특별약관

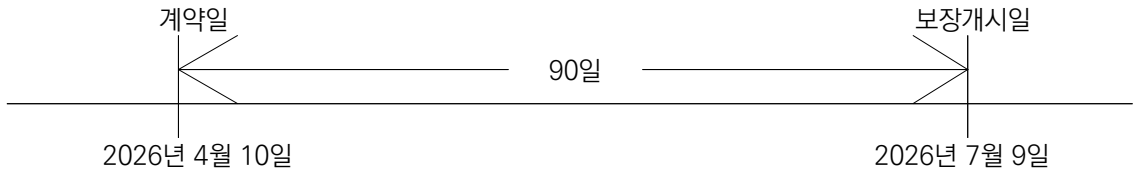
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 11대특정암으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 11대특정암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
11대특정암진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[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.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 11대특정암을 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 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조("11대특정암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "11대특정암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "11대특정암"(【별표10】『11대특정암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② "11대특정암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "11대특정암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "11대특정암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 11대특정암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 11대특정암진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-8. 간편고지(3.5.5) 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 갑상선암(초기제외)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암(초기제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
갑상선암(초기제외) 진단시 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	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.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 갑상선암(초기제외)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조("갑상선암(초기제외)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "갑상선암(초기제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "갑상선암"(【별표11】『갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "초기갑상선암"은 제외합니다.

② "초기갑상선암"이라 함은 제1항에서 정한 "갑상선암" 중 유두암(Papillary cancer) 또는 여포암(follicular cancer)에 해당하면서, 병리학적으로 암 종양의 크기가 최대 2.0cm이하로서 갑상선 내부에 한정되며, 림프절전이나 원격전이가 없는 갑상선암을 말합니다.

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

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암(초기제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외) 진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-9. 간편고지(3.5.5) 중증갑상선암진단비 특별약관

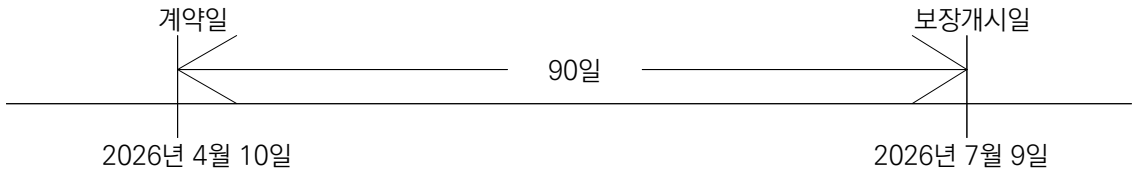
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 중증갑상선암으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증갑상선암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
중증갑상선암진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[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.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 중증갑상선암을 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 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조("중증갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "갑상선암"(【별표11】『갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "중증갑상선암"이라 함은 제1항의 "갑상선암" 중에서 "갑상선수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제2항의 "중증갑상선암"에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

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

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

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 중증갑상선암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 중증갑상선암 진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-10. 간편고지(3.5.5) 삼중음성유방암진단비 특별약관

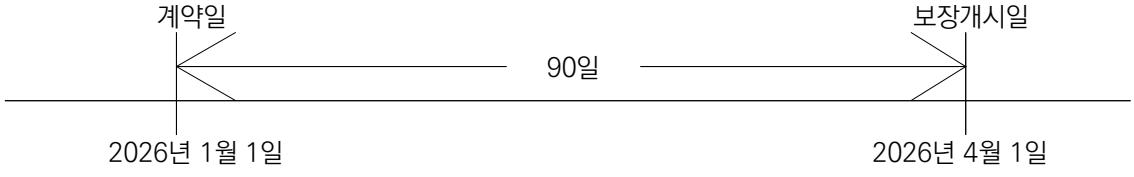
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 삼중음성유방암으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 삼중음성유방암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
삼중음성유방암진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 "삼중음성유방암"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 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조("삼중음성유방암"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "유방암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② "삼중음성유방암"은 면역조직검사(Immunohistochemistry, IHC)결과 호르몬수용체와 HER2가 모두 "음성"인 유방암을 말합니다. 호르몬수용체가 "음성"이라 함은 에스트로겐수용체(ER)가 1% 미만이고 프로게스테론수용체(PR)가 1% 미만인 경우를 말합니다. HER2가 "음성"이라 함은 HER2수용체가 0, +1인 경우 또는 HER2수용체가 +2인 경우에는 In-situ hybridization(ISH)가 음성인 경우를 말합니다.
(American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologist(ASCO/CAP), J Clin Oncol. 2018 Jul 10;36(20):2105-2122. 기준)

【호르몬 수용체】

호르몬수용체란 특정한 호르몬과 결합하여 호르몬의 영향을 세포에 전달하는 분자로 이 특별약관에서는 에스트로겐수용체(ER:Estrogen Receptor), 프로게스테론수용체(PR:Progesterone Receptor)를 말합니다.

【HER2(Human epidermal growth factor Receptor 2)】

HER2란 세포의 성장과 관련된 단백질로, 유방암, 난소암, 방광암 등 일부 암세포에서 정상세포보다 발현이 증가 되어 있을 수 있습니다. 발현이 증가된 HER2는 암세포의 성장과 전파에 영향을 줄 수 있습니다.

③ "삼중음성유방암"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 특히 면역조직검사 결과(IHC) 및 In-situ hybridization(ISH) 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "삼중음성유방암"의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 "삼중음성유방암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 의사소견서, 병리결과지(면역조직검사 결과 포함), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 삼중음성유방암진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-11. 간편고지(3.5.5) 통합암진단비Ⅱ(유사암제외,전이포함) 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 14개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합암진단비Ⅱ(입술,구강및인두암)
- 통합암진단비Ⅱ(특정호흡기및흉곽내기관암)
- 통합암진단비Ⅱ(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)
- 통합암진단비Ⅱ(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)
- 통합암진단비Ⅱ(폐암Ⅱ)
- 통합암진단비Ⅱ(소장및대장암)
- 통합암진단비Ⅱ(식도및위암)
- 통합암진단비Ⅱ(간암,담낭암,기타담도암및췌장암)
- 통합암진단비Ⅱ(유방암)
- 통합암진단비Ⅱ(특정여성생식기관암)
- 통합암진단비Ⅱ(자궁관련암)
- 통합암진단비Ⅱ(난소암)
- 통합암진단비Ⅱ(비뇨기관암(요로암)
- 통합암진단비Ⅱ(혈액암)

제2조(보험금의 지급사유)

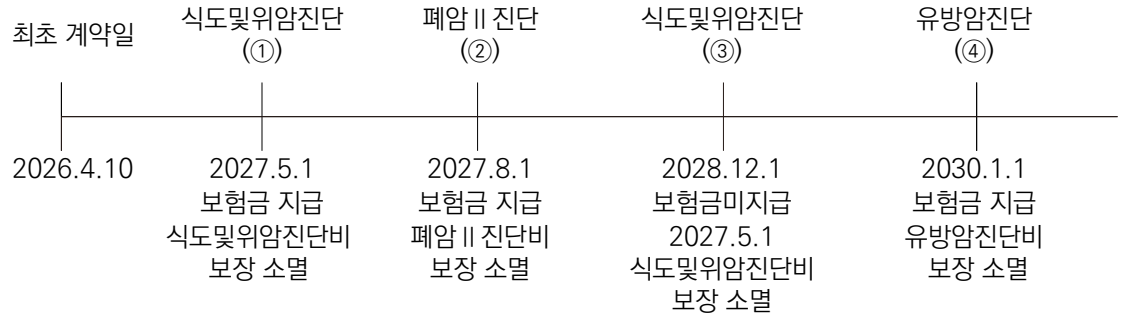
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)으로 진단 확정된 경우에는 암구분에 따라 각 세부보장별 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 통합암진단비Ⅱ(유사암제외,전이포함)로 보험수익자에게 지급합니다.

【통합암진단비Ⅱ(유사암제외,전이포함)】

구 분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
통합암진단비Ⅱ(유사암제외,전이포함)	입술,구강및인두암(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	특정호흡기및흉곽내기관암(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	폐암Ⅱ(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	소장및대장암(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	식도및위암(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	간암,담낭암,기타담도암및췌장암(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	유방암(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	특정여성생식기관암(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	자궁관련암(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%

	난소암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	비뇨기관암(요로암) (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	혈액암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%

【보험금 지급[예시1]】



※ 설명

① : 2027.5.1.에 진단 확정된 식도및위암은 식도및위암진단비 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 식도및위암진단비 보장 소멸

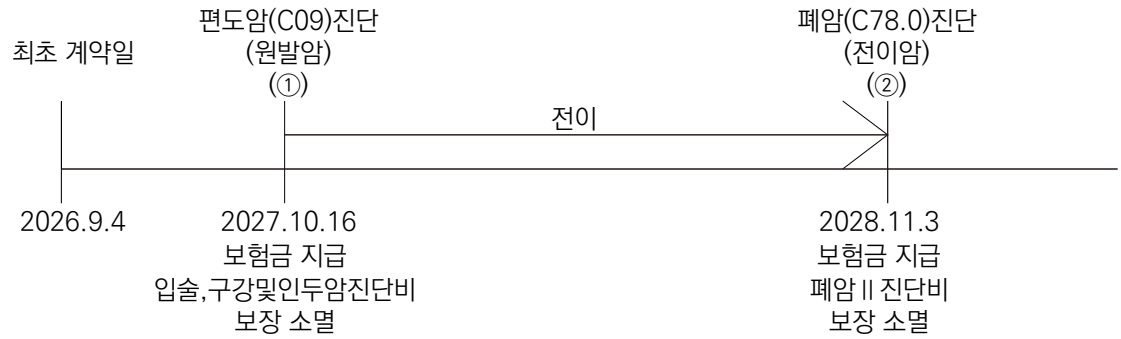
② : 2027.8.1.에 진단 확정된 폐암Ⅱ은 폐암Ⅱ진단비 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐암Ⅱ진단비 보장 소멸

③ : 보험금 미지급 (이미 2027.5.1.에 식도및위암진단비 보장은 소멸되었으므로, 2028.12.1. 진단 확정된 식도및위암진단비 보험금 미지급)

④ : 2030.1.1.에 진단 확정된 유방암은 유방암진단비 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 유방암진단비 보장 소멸

※ 위의 예시에서 소멸된 보장은 「식도및위암」, 「폐암Ⅱ」, 「유방암」, 유지되는 보장은 「특정호흡기및흉곽내기관암」, 「눈,뇌,중추신경계통및내분비선암」, 「뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암」, 「입술,구강및인두암」, 「소장및대장암」, 「간암,담낭암,기타담도암및췌장암」, 「특정여성생식기관암」, 「자궁관련암」, 「난소암」, 「비뇨기관암(요로암)」, 「혈액암」

【보험금 지급[예시2]】

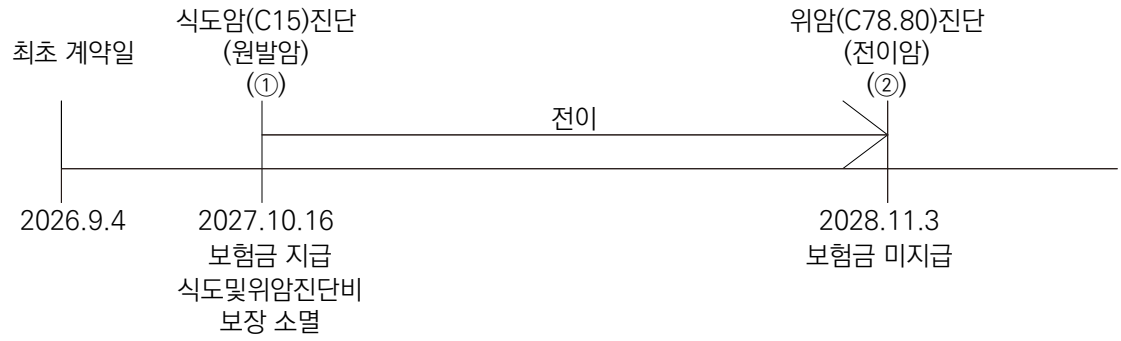


※ 설명

① : 2027.10.16. 진단 확정된 편도암(C09)(원발암)의 경우 입술,구강및인두암진단비 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 입술,구강및인두암진단비 보장 소멸

② : 2028.11.3. 진단 확정된 폐암(C78.0)(전이암)의 경우 폐암Ⅱ진단비 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐암Ⅱ진단비 보장 소멸

【보험금 지급[예시3]】

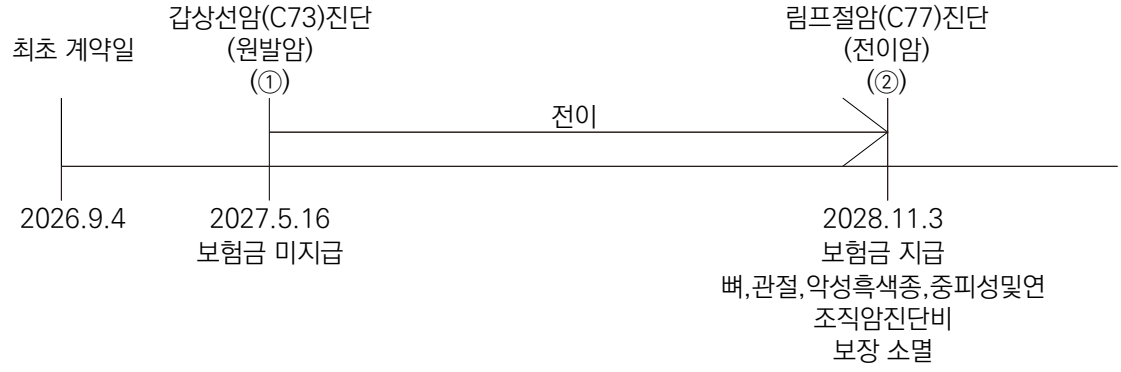


※ 설명

① : 2027.10.16. 진단 확정된 식도암(C15)(원발암)의 경우 식도및위암진단비 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 식도및위암진단비 보장 소멸

② : 2028.11.3. 진단 확정된 위암(C78.80)(전이암)의 경우 이미 2026.10.16. 식도및위암진단비 보장이 소멸되었으므로, 보험금 미지급

【보험금 지급[예시4]】



※ 설명

① : 2027.05.16. 진단 확정된 갑상선암(C73)(원발암)의 경우 통합암진단비 II (유사암제외,전이포함) 보장항목 제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급

② : 2028.11.3. 진단 확정된 림프절암(C77)(전이암)의 경우 뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비 보장 소멸

【보험금 지급[예시5]】

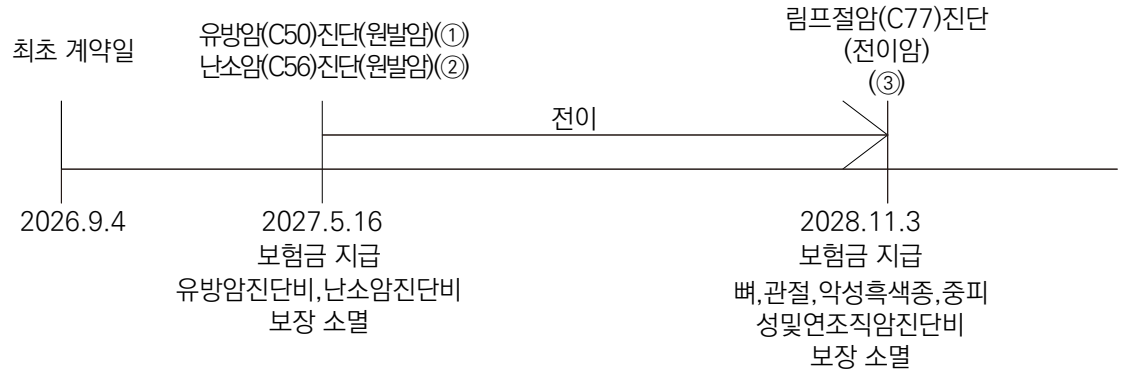


※ 설명

① : 2027.10.16. 진단 확정된 위암(C16)(원발암)의 경우 식도및위암진단비 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급 후 해당 식도및위암진단비 보장 소멸

② : 2028.11.3. 진단 확정된 편도암(C09)(원발암)의 경우 입술,구강및인두암진단비 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급 후 해당 입술,구강및인두암진단비 보장 소멸

【보험금 지급[예시6]】



※ 설명

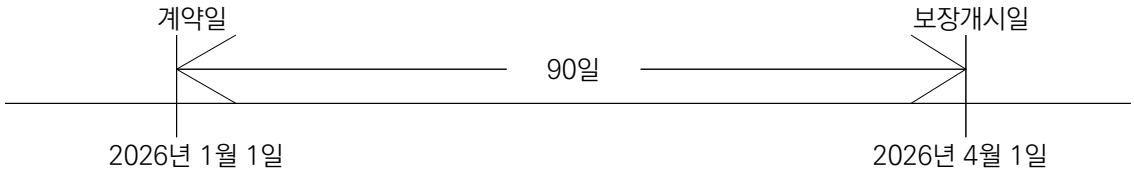
① : 2027.05.16. 진단 확정된 유방암(C50)(원발암)의 경우 유방암진단비 보험가입금액의 50%를 보험금으로 지급 후 해당 유방암진단비 보장 소멸

② : 2027.05.16. 진단 확정된 난소암(C56)(원발암)의 경우 난소암진단비 보험가입금액의 50%를 보험금으로 지급 후 해당 난소암진단비 보장 소멸

③ : 2028.11.3. 진단 확정된 림프절암(C77)(전이암)의 경우 뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비 보험가입금액의100%를 보험금으로 지급 후 해당 뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비 보장 소멸

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[예시]】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

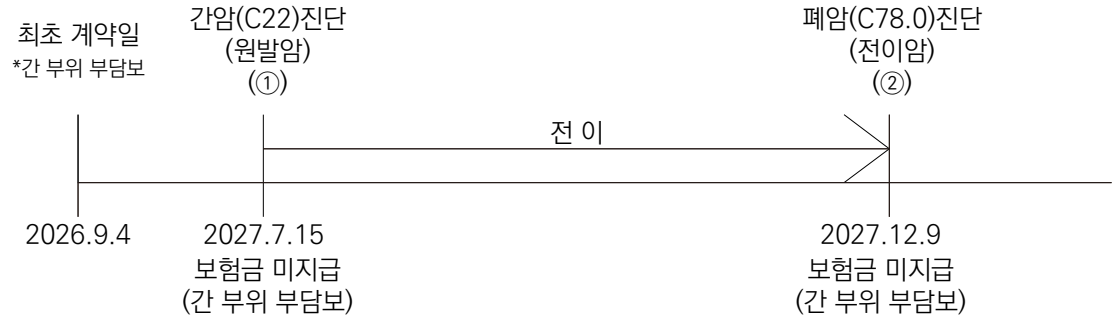
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제4조(“통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)” 등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸)제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

④ 이 특별약관의 피보험자가 “Ⅲ. 제도성 특별약관 3-5. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관”을 가입한 경우 면책기간동안 “Ⅲ. 제도성 특별약관 3-5. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호”에도 불구하고 “특정부위” 이외에서 발생한 암이 “특정부위”로 전이된 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

【보험금 지급[예시7]】

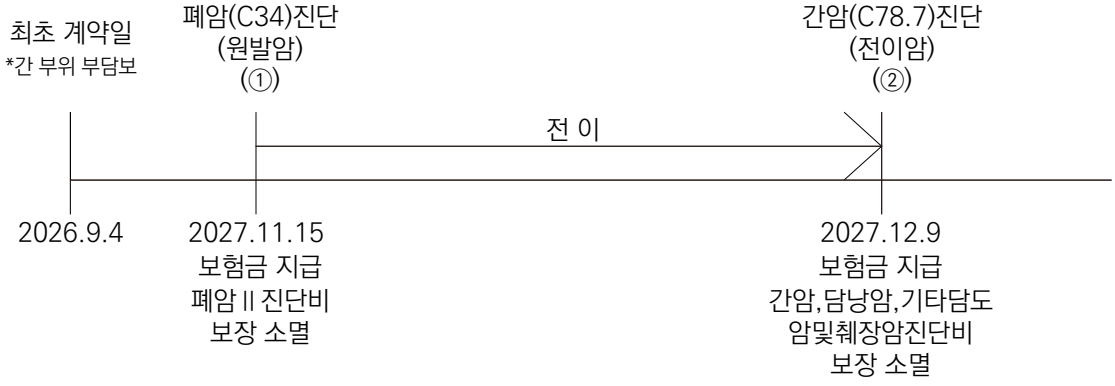


※ 설명

① : 2027.7.15. 진단 확정된 간암(C22)(원발암)의 경우 "Ⅲ. 제도성 특별약관 3-5. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에 따라 보험금 미지급

② : 2027.12.9. 진단 확정된 폐암(C78.0)(전이암)이 ①항의 간암(C22)(원발암)에서 전이된 경우 "Ⅲ. 제도성 특별약관 3-5. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에 따라 보험금 미지급

【보험금 지급[예시8]】



※ 설명

① : 2027.11.15. 진단 확정된 폐암(C34)(원발암)의 폐암Ⅱ진단비 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급 후 해당 폐암Ⅱ진단비 보장 소멸

② : 2027.12.9. 진단 확정된 간암(C78.7)(전이암)이 ①항의 폐암(C34)(원발암)에서 전이된 경우 "Ⅲ. 제도성 특별약관 3-5. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에도 불구하고 간암,담낭암,기타담도암및췌장암진단비 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급 후 해당 간암,담낭암,기타담도암및췌장암진단비 보장 소멸

제4조("통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)" 등의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 "통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)"이라 함은 "입술,구강및인두암", "특정호흡기및흉곽내기관암", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암", "폐암Ⅱ", "소장및대장암", "식도및위암", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암", "유방암", "특정여성생식기관암", "자궁관련암", "난소암", "비뇨기관암(요로암)" 및 "혈액암"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "입술,구강및인두암", "특정호흡기및흉곽내기관암", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암", "폐암Ⅱ", "소장및대장암", "식도및위암", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암", "유방암", "특정여성생식기관암", "자궁관련암", "난소암", "비뇨기관암(요로암)" 및 "혈액암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)(【별표12】 통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함) 분류표 참조)"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】 (악성신생물(암) 분류표) 참조) 중 "기타피부암", "갑상선암" 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우를 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant

potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】(기타피부암 및 갑상선암 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】(기타피부암 및 갑상선암 분류표) 참조)을 말합니다.

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 제3항의 "암(유사암제외)"중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

⑦ 제1항의 "통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)"에는 제6항을 적용하지 않습니다.

⑧ "입술,구강및인두암", "특정호흡기및흉곽내기관암", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암", "폐암Ⅱ", "소장및대장암", "식도및위암", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암", "유방암", "특정여성생식기관암", "자궁관련암", "난소암", "비뇨기관암(요로암)", "혈액암" 및 "암(유사암제외)"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "입술,구강및인두암", "특정호흡기및흉곽내기관암", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암", "폐암Ⅱ", "소장및대장암", "식도및위암", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암", "유방암", "특정여성생식기관암", "자궁관련암", "난소암", "비뇨기관암(요로암)", "혈액암" 및 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서, 진료기록부(검사기록지, 치료기록지 포함), 치료확인서 , 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 통합암진단비Ⅱ(유사암제외,전이포함)를 지급한 경우에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 해당 세부보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 통합암진단비Ⅱ(유사암제외,전이포함)를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우, 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-12. 간편고지(3.5.5) 암수술비(유사암제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 암(유사암제외)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
암수술비(유사암제외)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[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.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

제3조("암(유사암제외)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암(유사암 제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 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 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

제5조("항암방사선치료"등의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-13. 간편고지(3.5.5) 유사암수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 수술비	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

② 항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

제3조(“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

⑦ 제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 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 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

제5조(“항암방사선치료”등의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-14. 간편고지(3.5.5) 유방암으로 인한 유방수술비 특별약관

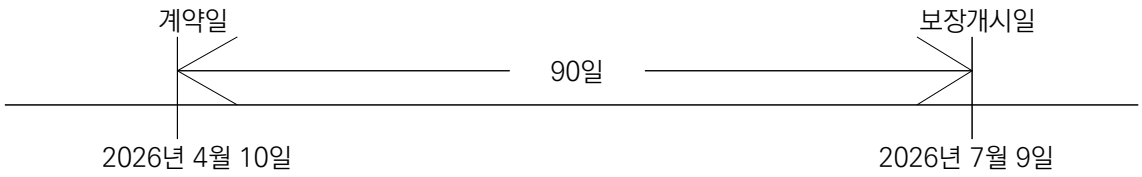
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 유방암으로 진단확정되고 그 유방암의 치료를 직접적인 목적으로 유방수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 유방암으로 인한 유방수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
유방암으로 인한 유방수술비	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

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

제3조(“유방암”, “유방암으로 인한 유방수술”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “유방암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “유방암으로 인한 유방수술”이라 함은 “유방암으로 인한 유방수술 분류표”(【별표13】『유방암으로 인한 유방수술 분류표』 참조)에서 정한 수술을 말합니다. 단, 미용을 위한 수술, 유방의 조직검사(Biospy), 내시경하 수술 등은 제외합니다.

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

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

【‘제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 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 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 유방암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-15. 간편고지(3.5.5) 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 진단확정되고 그 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암의 치료를 직접적인 목적으로 자궁적출수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암", "자궁적출수술"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암"(【별표14】『여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서"자궁적출수술"이라 함은 자궁을 적출(외과적으로 제거함)하는 수술로써 "자궁적출수술 분류표"(【별표15】『자궁적출수술 분류표』 참조)에서 정한 수술을 말합니다.

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

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 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 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 자궁적출수술비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-16. 간편고지(3.5.5) 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '암(갑상선암 및 전립선암제외)'으로 진단 확정되고 그 '암(갑상선암 및 전립선암제외)'의 치료를 직접적인 목적으로 로봇암수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

〈최초계약〉

구 분		지급금액
로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암제외)(최초1회한)	보험계약일로부터 180일 미만	로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암제외) 보험가입금액의 25%
	보험계약일로부터 180일 이상 1년 미만	로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암제외) 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암제외) 보험가입금액의 100%

〈갱신계약〉

구 분	지급금액
로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암제외)(최초1회한)	로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암제외) 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단 확정되고 그 '갑상선암' 또는 '전립선암'의 치료를 직접적인 목적으로 로봇암수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

〈최초계약〉

구 분		지급금액
로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암)(최초1회한)	보험계약일로부터 180일 미만	로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암) 보험가입금액의 25%
	보험계약일로부터 180일 이상 1년 미만	로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암) 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암) 보험가입금액의 100%

〈갱신계약〉

구 분	지급금액
로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암)(최초1회한)	로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암) 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 보통약관 제42조(계약의 자동갱신)에 따라 이 특별약관이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("암(갑상선암 및 전립선암 제외)", "갑상선암"및 "전립선암"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』참조)으로 분류되는 질병 중 "갑상선암" 및 "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "전립선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C61에 해당하는 질병을 말합니다.

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

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

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)", "갑상선암" 및 "전립선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("로봇암수술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "로봇암수술" 이라 함은 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)', '갑상선암' 또는 '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

수가코드	행위명
QZ966	로봇 보조 수술

【로봇암수술】

이 특별약관에서 로봇암수술이란 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)', '갑상선암' 또는 '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 "로봇암수술"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. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "로봇암수술" 시행 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 수가코드가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "로봇암수술" 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "로봇암수술"을 받은 것으로 봅니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 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 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

제6조("항암방사선치료" 등의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)", "갑상선암" 또는 "전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)", "갑상선암" 또는 "전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술확인서, 의사소견서, 진료기록부, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비계산서 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일의 전일 이전에 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)', '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암 제외)를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 제1조(보험금의 지급사유)의 제1항 보장은 효력이 없습니다.

② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암)

를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 제1조(보험금의 지급사유)의 제2항 보장은 효력이 없습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제11조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-17. 간편고지(3.5.5) 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 로봇특정수술을 받은 경우에는 세부수술별(근치적 방광절제술 및 적출술, 신부분절제술, 근치적 전립선절제술, 자궁근종절제술, 자궁적출술, 양성 부속기종양적출술)로 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)로 보험수익자에게 지급합니다.

〈최초계약〉

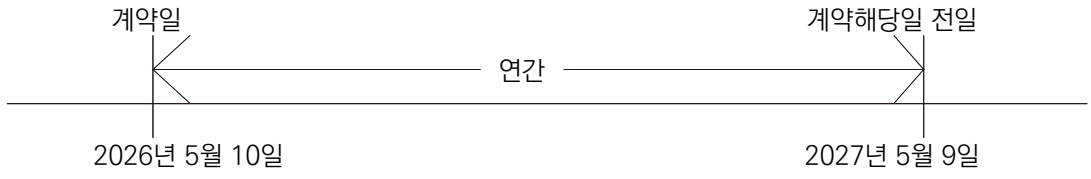
구 분		지급금액
로봇특정수술비(다빈치및레보아이) (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

〈갱신계약〉

구 분	지급금액
로봇특정수술비(다빈치및레보아이) (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("로봇특정수술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "로봇특정수술"이라 함은 "로봇수술" 중 아래의 수술에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 근치적 방광절제술 및 적출술(Radical Cystectomy)
2. 신부분절제술(Partial Nephrectomy)
3. 근치적 전립선절제술(Radical Prostatectomy)
4. 자궁근종절제술(Myomectomy)
5. 자궁적출술(Hysterectomy)
6. 양성 부속기종양적출술(Extirpation of Adnexal Benign Tumor)

② 제1항의 "로봇수술"은 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

수가코드	행위명
QZ966	로봇 보조 수술

【로봇수술】

이 특별약관에서 로봇수술이란 질병의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

③ 제2항의 "로봇수술"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. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "로봇특정수술" 시행 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 수가코드가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "로봇특정수술" 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제2항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "로봇특정수술"을 받은 것으로 봅니다.

제4조("수술"의 정의와 장소)

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

② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술확인서, 의사소견서, 진료기록부, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비계산서 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-18. 간편고지(3.5.5) 특정8대기관양성종양및3대기관용종수술비(급여,연간1회한) 특별약관

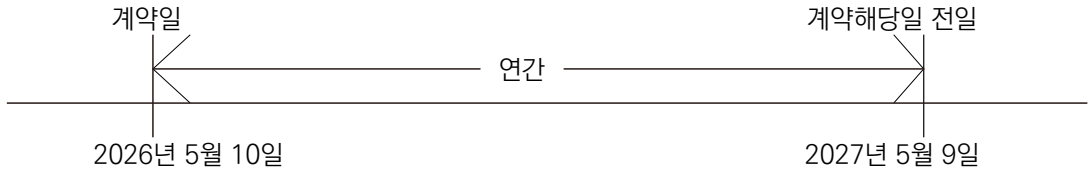
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 8대기관양성종양및3대기관용종의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정8대기관양성종양및3대기관용종수술비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
특정8대기관양성종양및 3대기관용종수술비 (급여, 연간 1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("8대기관양성종양및3대기관용종", "8대기관양성종양및3대기관용종수술(급여)"의 정의 및 진단 확정)

① "8대기관양성종양및3대기관용종"이라 함은 "8대기관 양성종양및용종 분류표"(【별표16】『8대기관 양성종양및 용종 분류표』 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 "8대기관양성종양및3대기관용종"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "8대기관양성종양및3대기관용종"로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화 된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ "8대기관양성종양및3대기관용종수술(급여)"이라 함은 "8대기관 양성종양 수술(급여) 대상 수가코드"(【별표17】『8대기관 양성종양및용종수술(급여) 대상 수가코드』 참조)에 해당하는 수술을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 질병의 수술당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 개정으로 급여 수술판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 질병의 수술 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제3항의 "8대기관양성종양및3대기관용종수술(급여)"은 「국민건강보험법」에서정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "8대기관양성종양및3대기관용종수술" 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 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 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-19. 간편고지(3.5.5) 대장용종제거수술비(급여,용종개수당) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "대장용종제거수술(급여,용종개수당)"을 받은 경우 절제된 용종의 개수당 아래의 금액을 지급합니다.

구 분		지급금액
대장용종제거수술비 (급여, 용종개수당)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	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.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 제1조(보험금의 지급사유)의 절제된 용종의 개수는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여를 적용받은 시행횟수를 의미합니다. 다만, 진료비세부내역서상 시행 횟수가 1회 미만인 경우에도 1개의 용종으로 인정합니다.

【예시 1】 용종 3개 제거, 급여 3회 적용

「결장경하 종양 수술-폴립 절제술」(Q7701) 의 경우 급여 1회 적용
「결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개 이상시 초과되는 폴립 1개당)」(Q7702) : 급여 2회 적용
→「보험가입금액 × 3개」에 해당하는 보험금지급

【예시 2】 용종 7개 제거, 급여 6.5회 적용

「결장경하 종양 수술-폴립 절제술」(Q7701) : 급여 0.5회* 적용
「결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개 이상시 초과되는 폴립 1개당)」(Q7702) : 급여 4회 적용
「결장경하 종양 수술-점막절제술 및 점막하종양절제술」(Q7703) : 급여 1회 적용
「결장경하 종양 수술-점막하 박리 절제술(QX706)」: 급여 1회 적용
→「보험가입금액 × 7개」에 해당하는 보험금지급
* 건강보험요양급여 적용기준에 따라 부수술로 인정되어 명세서상 0.5회로 적히나 실제로는 1회 수술을 받았으므로 1회의 가입금액을 지급합니다.

【예시 3】 용종 10개 제거, 급여 6회 적용

「결장경하 종양 수술-폴립 절제술」(Q7701) : 급여 1회 적용
「결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개 이상시 초과되는 폴립 1개당)」(Q7702) : 급여 5회* 적용
→「보험가입금액 × 6개」에 해당하는 보험금지급
* Q7702의 경우 건강보험심사평가원 심사기준에 따라 최대 5개까지만 급여로 인정받으므로 5회의 가입금액을 지급합니다.

제3조(「대장용종제거수술(급여)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "대장용종제거수술(급여)" 라 함은 【별표18】 대장용종제거수술(급여) 분류표 에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 경우를 말합니다.

② 제1항의 "대장용종제거수술(급여)"은 "국민건강보험법" 에서 정한 요양급여 또는 "의료급여법" 에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원

에서 행한 의료행위에 한합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 병리검사결과지, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

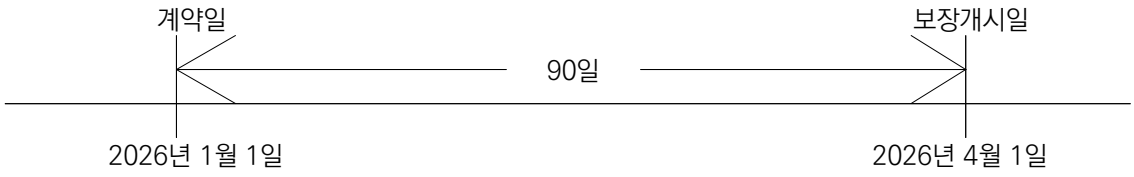
1-20. 간편고지(3.5.5) 암 진단 후 여성생식세포 동결보존비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외) 또는 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 진단 확정되고 그 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 "여성 생식세포 동결"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암 진단 후 여성생식세포 동결보존비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 보장개시일은 보험계약일로 하며, 보통약관 제42조(계약의 자동갱신)에 따라 이 특별약관이 자동갱신 되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("암(유사암제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ "암(유사암제외)", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암(유사암제외)", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ "갑상선암"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암제외)”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“여성 생식세포 동결”의 정의)

① 이 특별약관에서 “여성 생식세포 동결”이라 함은 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단 이후 이로 인하여 난임 또는 불임이 발생할 것을 우려하여, 가임력 보존을 목적으로 여성 생식세포를 동결하는 것을 말합니다,

② 제1항의 여성 생식세포라 함은 다음 각 호의 사항을 포함합니다.

1. 난소 조직
2. 난자
3. 배아

③ 이 특별약관에서 “여성 생식세포 동결”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 행해지는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 진료기록부, 수술증명서, 의사소견서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 “암(유사암제외)”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암 진단 후 여성 생식세포 동결보존비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-21. 간편고지(3.5.5) 암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '수술입원'이라 합니다)로 입원하여 치료받은 경우에는 입원일부터 입원1일당 아래의 금액을 암수술입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암수술입원일당의 지급일수는 1회 수술 입원당 20일을 한도로 합니다.

1. 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

구 분			지급금액
암수술입원일당 (상급종합병원) (1일이상20일한도)	암	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

【의료법 제3조4 (상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

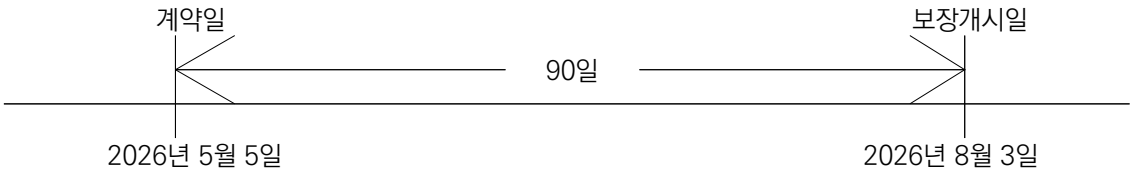
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

③ 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

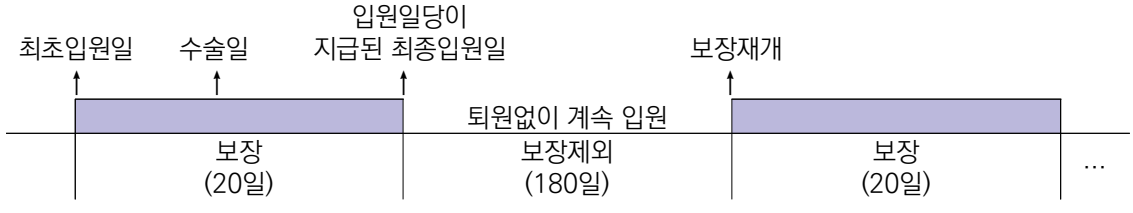
① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호의 수술은 같은 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도)"는 동일한 암, 제자리암,

경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 입원이라도 “암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도)”가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 “수술”을 받은 경우에는 다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일 1일째 날부터 입원 1일당 “암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도)”을 지급합니다.

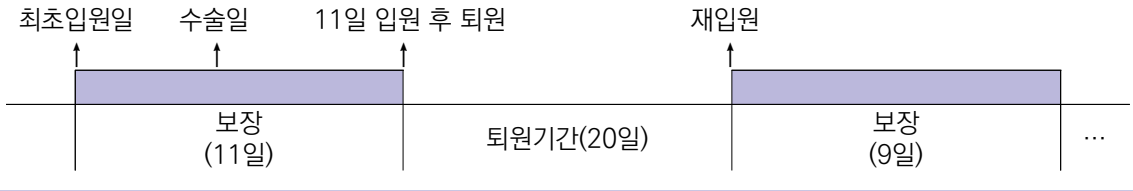
③ 다음과 같이 “암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도)”가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도)”이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도)”는 “수술” 이후 동일한 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.

【예시】동일한 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 11일간 수술동반입원, 퇴원 후 9일간 재입원시

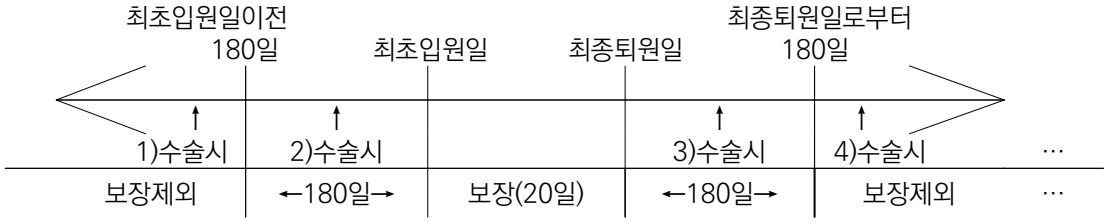


⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 “수술동반입원”에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 “암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도)”를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로 입원할 때에는 회사는 “암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도)”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 “최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내” 또는 “최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전” 수술이며, 동일한 “암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)”의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “암수술입원일당(상급종합병원)(1일이상20일한도)”을 제2항 내지 제6항에 따라 지급합니다. 특히, 같은 “암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)”치료를 목적으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 제2항에 따라 먼저 한 수술을 기준으로 아래와 같이 보장합니다.

〈보상예시〉 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준



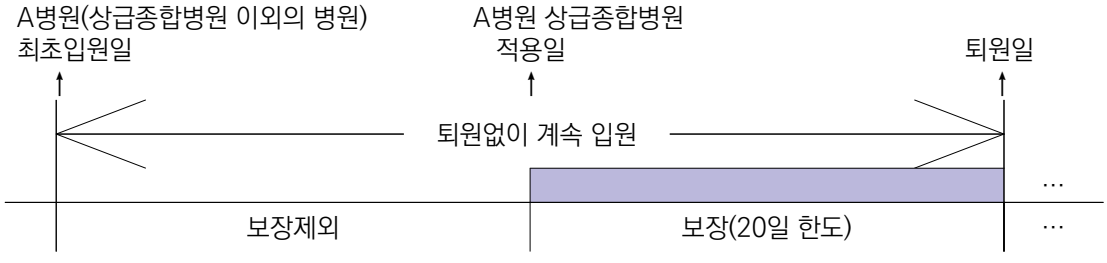
1) 최초 입원일 이전 180일 전 수술시 미보장
2) 최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 "암수술입원일당(상급종합병원)(1일-20일한도)"를 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제7항에 따라 보장
3) 최종입원의 퇴원일로부터 180일 경과일 이전 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 "암수술입원일당(상급종합병원)(1일-20일한도)"를 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제7항에 따라 보장
4) 최종입원 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

⑧ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 "암수술입원일당(상급종합병원)(1일-20일한도)"를 지급합니다.

⑨ 피보험자가 '상급종합병원'에 해당하는 병원에 "수술동반입원"하여 치료를 받던 중 '상급종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 해당 상급종합병원 퇴원일까지 "암수술입원일당(상급종합병원)(1일-20일한도)"를 지급합니다.

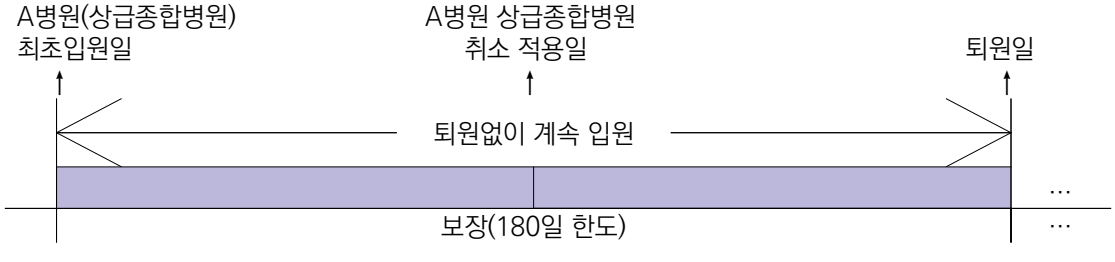
⑩ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 "수술동반입원"하여 치료를 받던 중 해당병원이 '상급종합병원'에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 "암수술입원일당(상급종합병원)(1일-20일한도)"를 지급합니다.

〈보상예시〉 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



⑪ 피보험자가 '상급종합병원'에 "수술동반입원"하여 치료를 받던 중 해당병원이 '상급종합병원'의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 "암수술입원일당(상급종합병원)(1일-20일한도)"를 지급합니다.

〈보상예시〉 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "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 하며, 이 경우 "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 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 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

> **【신의료기술평가위원회】**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다.

제6조("항암방사선치료"등의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제1조(보험금의 지급사유)제2항에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-22. 간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도) 특별약관

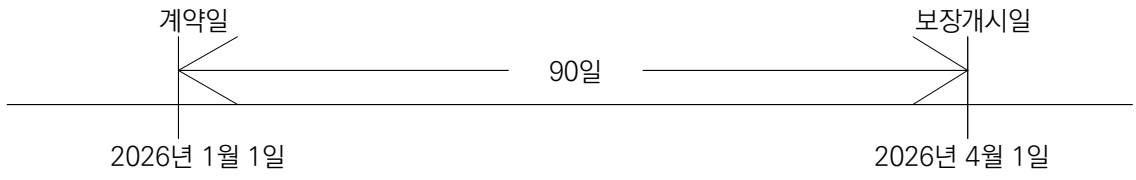
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 아래의 금액을 암직접치료입원일당(상급종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료입원일당(상급종합병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분			지급금액
암직접치료입원일당 (상급종합병원) (1일이상180일한도)	암	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



③ 제1항의 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

【의료법 제3조4 (상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

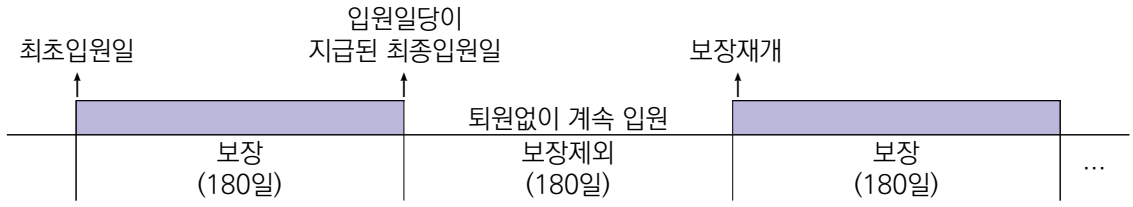
① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원일당(상급종합병원)을 지급하며 암직접치료입원일당(상급종합병원)이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원일당(상급종합병원)을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 "암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료 중에 발병된 합병증 또는

새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단된 경우에는 이는 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 상급종합병원에 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당(상급종합병원)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당(상급종합병원)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당(상급종합병원)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



④ 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 180일 한도로 암직접치료입원일당(상급종합병원)을 계속 지급합니다.

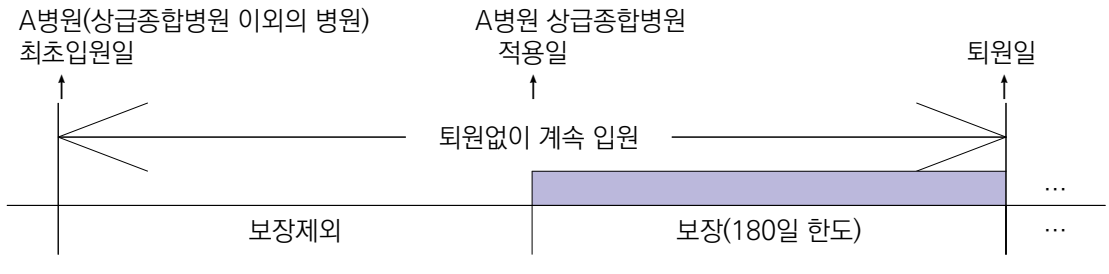
⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암직접치료입원일당(상급종합병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료입원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 암직접치료입원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

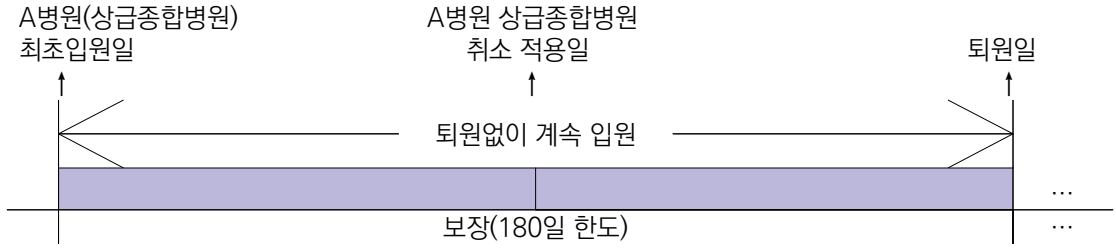
⑨ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료입원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

〈보상예시〉 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



⑩ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료입원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

〈보상예시〉 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태,Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

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

⑦ “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제1조(보험금의 지급사유)제3항에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-23. 간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(종합병원)(1일이상180일한도) 특별약관

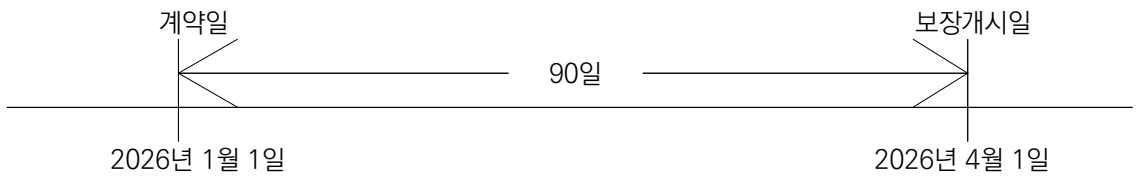
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 아래의 금액을 암직접치료입원일당(종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료입원일당(종합병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분			지급금액
암직접치료입원일당 (종합병원) (1일이상180일한도)	암	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



③ 제1항의 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 상기 종합병원은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

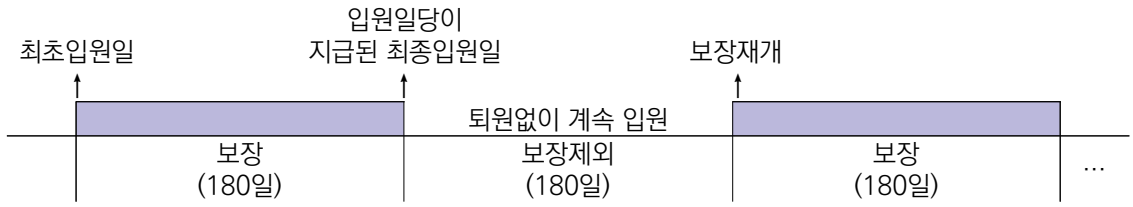
① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원일당(종합병원)을 지급하며 암직접치료입원일당(종합병원)이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원일당(종합병원)을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 “암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 암, 제자리암, 경계성종양, 기타

피부암 또는 갑상선암으로 진단된 경우에는 이는 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 종합병원에 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당(종합병원)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당(종합병원)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당(종합병원)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



④ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 180일 한도로 암직접치료입원일당(종합병원)을 계속 지급합니다.

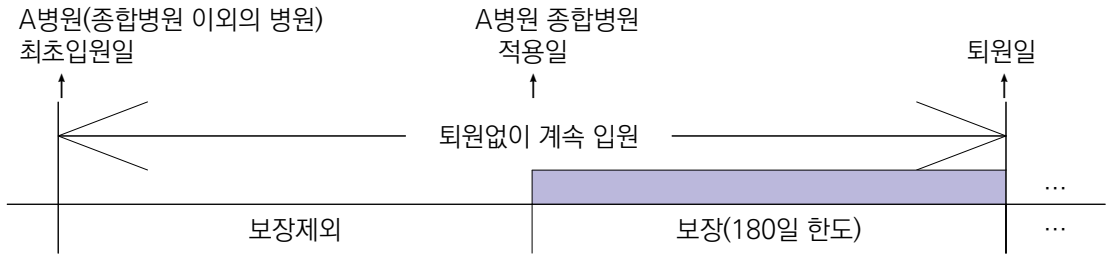
⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암직접치료입원일당(종합병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료입원일당(종합병원)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우에는 종합병원의 마지막 입원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 암직접치료입원일당(종합병원)을 지급합니다.

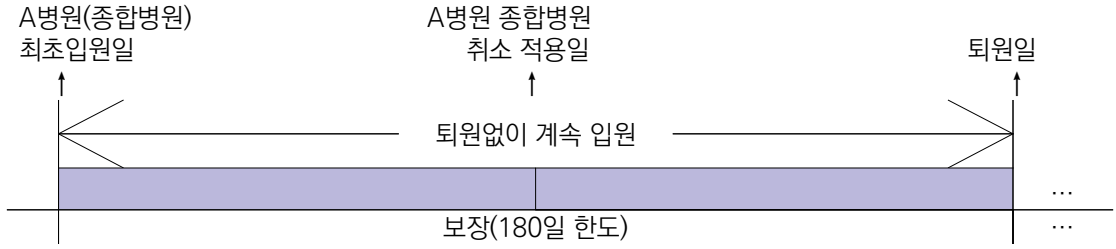
⑨ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료입원일당(종합병원)을 지급합니다.

〈보상예시〉 종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



⑩ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료입원일당(종합병원)을 지급합니다.

〈보상예시〉 종합병원 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태,Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

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

⑦ “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제1조(보험금의 지급사유)제3항에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-24. 간편고지(3.5.5) 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

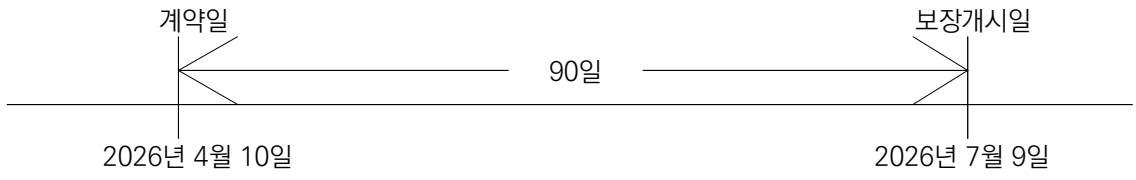
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 아래의 금액을 암직접치료입원일당(요양병원제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료입원일당(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분			지급금액
암직접치료입원일당 (요양병원제외) (1일이상180일한도)	암	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【보장개시일[예시]】

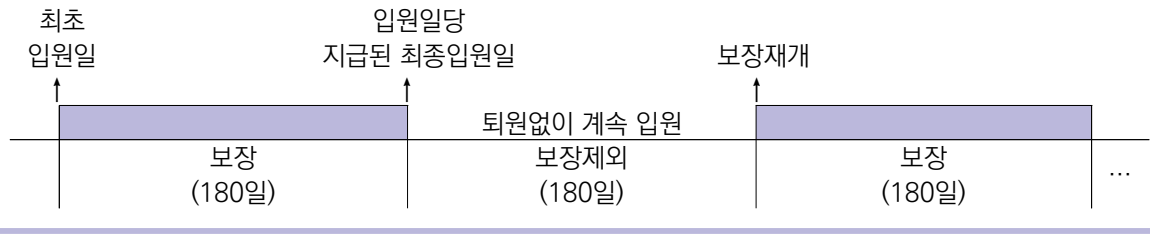


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원일당(요양병원제외)을 지급하며 암직접치료입원일당(요양병원제외)이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원일당(요양병원제외)을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당(요양병원제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 암직접치료입원일당(요양병원제외)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당(요양병원제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 암직접치료입원일당(요양병원제외)을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암직접치료입원일당(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)”에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

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

⑦ “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-25. 간편고지(3.5.5) 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도) 특별약관

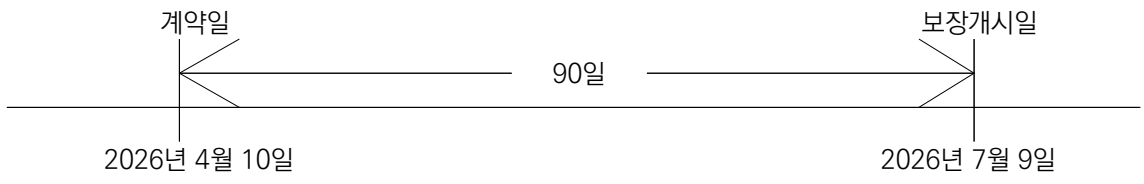
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 인하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 아래의 금액을 암입원일당(요양병원)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암입원일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

구 분			지급금액
암입원일당 (요양병원) (1일이상90일한도)	암	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【보장개시일[예시]】

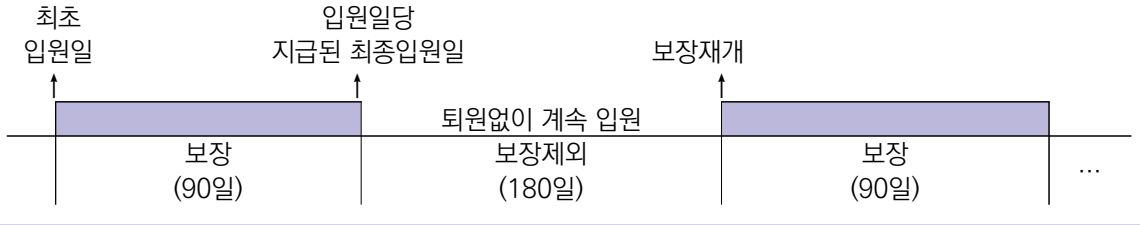


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병으로 인하여 입원한 경우에는 가장 높은 암입원일당(요양병원)을 지급하며 암입원일당(요양병원)이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암입원일당(요양병원)을 지급합니다.

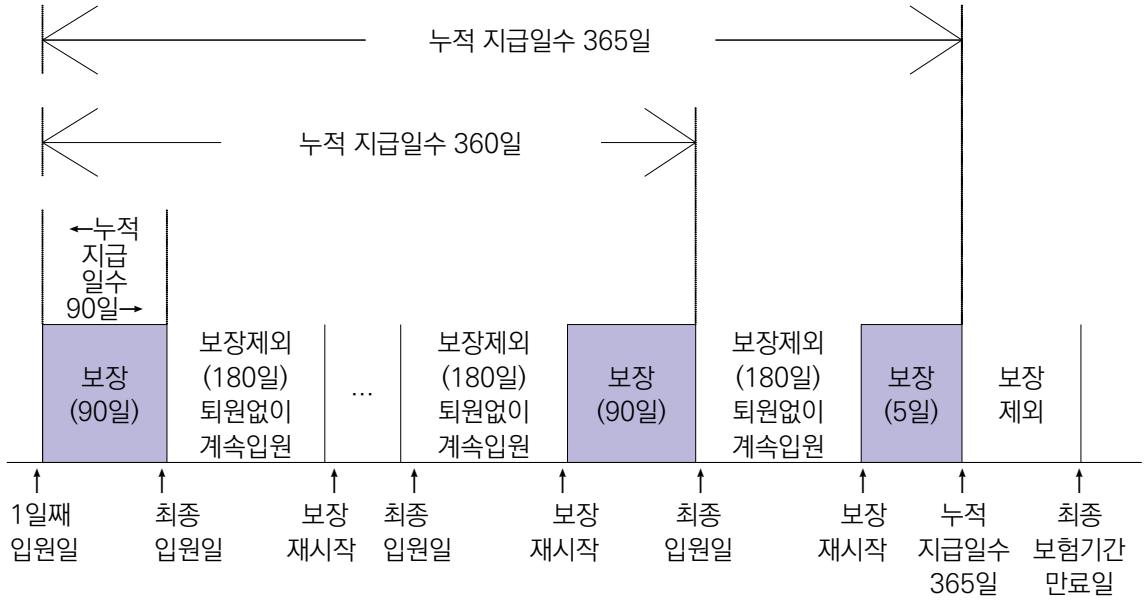
② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암입원일당(요양병원)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 암입원일당(요양병원)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당(요양병원)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 제1항에도 불구하고 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)에 대한 입원인 경우, 이 특별약관의 보험계약일부터 지급된 암입원일당(요양병원)의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)으로 인한 암입원일당(요양병원)은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)이 완치된 이후에 해당 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)을 다시 진단받는 경우에는 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)으로 보지 않습니다.

【예시】



※ 예시의 「…」은 보장기간(90일)과 보장제외(180일)가 반복되고 있음을 의미하며, 「최종입원일」은 암입원일당(요양병원)(1일이상 90일한도)이 지급된 최종입원일을 의미합니다.

④ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)으로 인한 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 90일 한도로 암입원일당(요양병원)을 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암입원일당(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)”에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

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

⑦ “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-26. 간편고지(3.5.5) 암직접치료통원비 특별약관

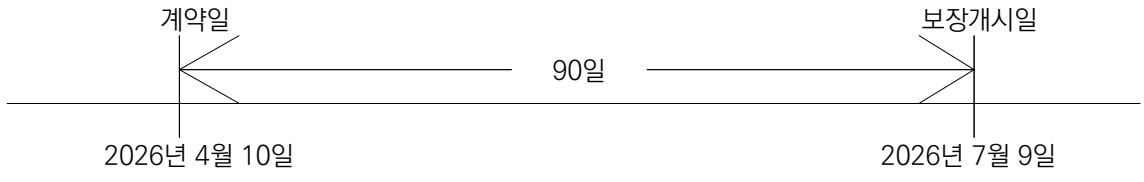
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 통원한 경우에는 통원 1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료통원비의 지급횟수는 각 보장의 통원당 1일 1회에 한합니다.

구 분		지급금액
상급종합병원 통원시(1일1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	상급종합병원 통원시 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	상급종합병원 통원시 보험가입금액의 100%
상급종합병원 이외의 병원 통원시(1일1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	상급종합병원 이외의 병원 통원시 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	상급종합병원 이외의 병원 통원시 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【보장개시일[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.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원비(상급종합병원제외)에 따라 지급하며, 상급종합병원 적용일 부터는제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원비(상급종합병원)에 따라 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우에는 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원비(상급종합병원)에 따라 지급하며, 상급종합병원 지정 취소 적용일 부터는 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원비(상급종합병원제외)에 따라 지급합니다.

제3조("암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

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

⑦ “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의

치료

4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제6조(법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① 제5조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정 기준이 「의료법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 통원일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관 내용에 상응하는 "상급종합병원 통원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 제5조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료수준, 특별약관 내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조("통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하"의사"라 합니다)가 피보험자의 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 "직접치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말

하여, 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제8조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-27. 간편고지(3.5.5) 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

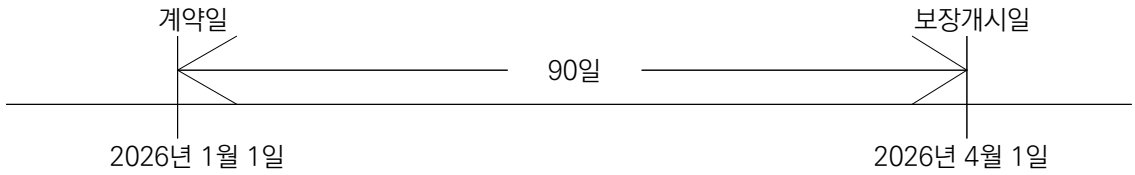
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 확정되고 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 계속 입원하여 치료를 받으며 제8조("간병인"의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

구 분			지급금액
암 입원으로 간병인 사용 시 (1일이상180일한도)	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 입원으로 간병인 사용 시 (1일이상180일한도)	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 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

【보험금 지급 예시 1】

· 보험계약일 : 2026년 1월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 위암 입원기간 : 2027년 6월 1일 ~ 2027년 6월 30일 (30일)
· 간병인 사용일 및 사용금액
 – 2027년 6월 10일 ~ 6월 17일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원(1일당 평균 7만원 이상에 해당)
  ⇒ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 – 2027년 6월 20일 ~ 6월 24일 오전, 6월 24일 오후, 6월 25일 오후 ~ 6월 27일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 42만원(1일당 평균 7만원 미만에 해당)
  ⇒ 2만원 × 50% × 8일 = 8만원 지급
· 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 총 지급금액
  ⇒ 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 지급금액이 높은 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 지급하며 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

【보험금 지급 예시 2】

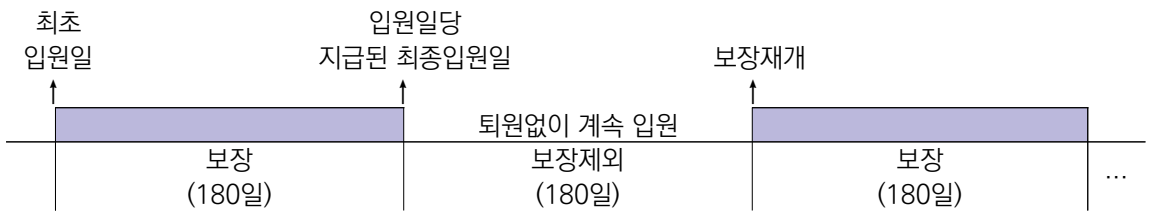
· 보험계약일 : 2026년 1월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 위암 및 갑상선암 진단일 : 2027년 5월 1일
· 위암 및 갑상선암 치료를 목적으로 병원(요양병원제외)에 입원하여 간병인을 사용한 기간
 : 2027년 6월 1일 ~ 2027년 6월 30일 (30일)
· 간병인 사용금액 : 총 사용금액 300만원 (1일당 평균 7만원 이상에 해당)
· 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 총 지급금액
 ⇒ 위암으로인한 암간병인사용 입원일당이 갑상선암으로인한 암간병인사용 입원일당보다 높으므로 30일 × 2만원 = 60만원 지급

【보험금 지급 예시 3】

· 보험계약일 : 2026년 1월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 기타피부암 및 갑상선암 진단일 : 2027년 5월 1일
· 기타피부암 및 갑상선암 치료를 목적으로 병원(요양병원제외)에 입원하여 간병인을 사용한 기간
 : 2027년 6월 1일 ~ 2027년 6월 30일 (30일)
· 간병인 사용금액 : 총 사용금액 300만원 (1일당 평균 7만원 이상에 해당)
· 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 총 지급금액
 ⇒ 기타피부암으로인한 암간병인사용 입원일당과 갑상선암으로인한 암간병인사용 입원일당이 동일하므로 하나의 질병으로 인한 암간병인사용 입원일당인
 30일 × 2만원 × 20% = 12만원 지급

③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



④ 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑧ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 암간병인사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

③ 가족을 간병인으로 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 가족의 범위는 배우자, 본인 및 배우자의 직계존비속으로 합니다.

제4조("암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태,Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

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

⑦ “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서“입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 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(“요양병원”의 정의)

이 특별약관에서 “요양병원”이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제8조(“간병인”의 정의)

① 이 특별약관에서 “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체(사업자 등록한 자가 본인이거나 가족인 경우는 제외)를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 가족을 간병인으로 사용한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 “개인 간병 및 유사 서비스업” 또는 “개인간병인”등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 “간병서비스”라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 「의료법」 제4조2(간호 ·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 ·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제9조(“간호·간병통합서비스”의 정의)

이 특별약관에서 “간호·간병통합서비스”라 함은 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 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

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(의사소견서, 진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제8조("간병인"의 정의)에서 정한 "간병인"을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

   가. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 사업자 등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)

   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨 있어야합니다)
5. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
6. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-28. 간편고지(3.5.5) 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도) 특별약관

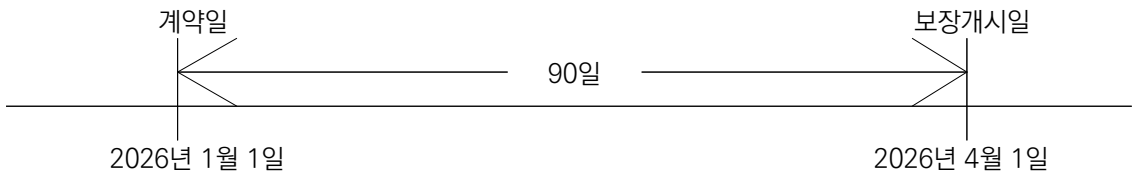
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 확정되고 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 요양병원에서 계속 입원하여 치료를 받으며 제7조("간병인"의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 90일을 한도로 합니다.

구 분		지급금액
암 입원으로 간병인 사용 시 (1일이상90일한도)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 입원으로 간병인 사용 시 (1일이상90일한도)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 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.

【보험금 지급 예시 1】

· 보험계약일 : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 위암 입원기간 : 2026년 6월 1일 ~ 2026년 6월 30일 (30일)
· 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2026년 6월 10일 ~ 6월 17일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원
  ⇒ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2026년 6월 20일 ~ 6월 24일 오전, 6월 24일 오후, 6월 25일 오후 ~ 6월 27일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 42만원
  ⇒ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
· 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도) 총 지급금액
  ⇒ 16만원 + 16만원 = 32만원 지급

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병으로 인하여 입원한 경우에는 지급금액이 높은 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)를 지급하며 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

【보험금 지급 예시 2】

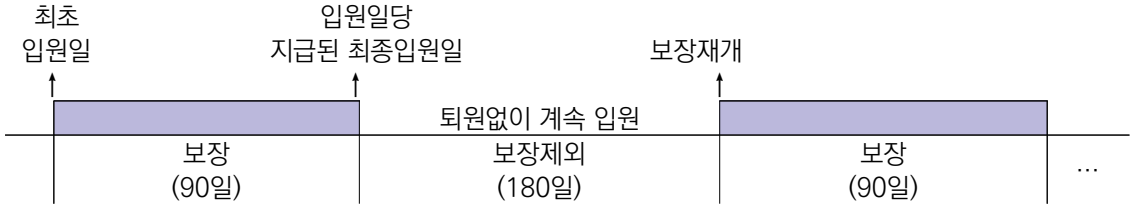
· 보험계약일 : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 위암 및 갑상선암 진단일 : 2026년 5월 1일
· 위암 및 갑상선암 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 간병인을 사용한 기간
: 2026년 6월 1일 ~ 2026년 6월 30일 (30일)
· 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도) 총 지급금액
⇒ 위암으로인한 암간병인사용 입원일당이 갑상선암으로인한 암간병인사용 입원일당보다 높으므로
30일 × 2만원 = 60만원 지급

【보험금 지급 예시 3】

· 보험계약일 : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 기타피부암 및 갑상선암 진단일 : 2026년 5월 1일
· 기타피부암 및 갑상선암 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 간병인을 사용한 기간
: 2026년 6월 1일 ~ 2026년 6월 30일 (30일)
· 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도) 총 지급금액
⇒ 기타피부암으로인한 암간병인사용 입원일당과 갑상선암으로인한 암간병인사용 입원일당이 동일하므로
하나의 질병으로 인한 암간병인사용 입원일당인 30일 × 2만원 × 20% = 12만원 지급

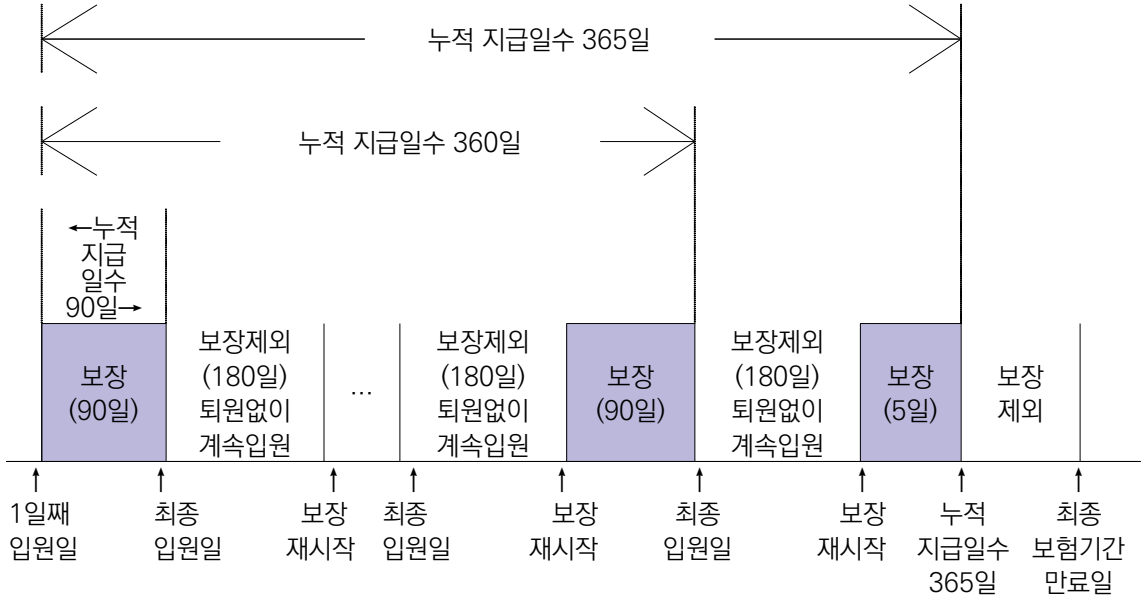
③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



④ 제1항에도 불구하고 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)에 대한 입원인 경우, 이 특별약관의 보험계약일부터 지급된 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)으로 인한 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)이 완치된 이후에 해당 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)을 다시 진단받는 경우에는 동일한 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)으로 보지 않습니다.

【예시】



※ 예시의 「…」은 보장기간(90일)과 보장제외(180일)가 반복되고 있음을 의미하며, 「최종입원일」은 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)가 지급된 최종입원일을 의미합니다.

⑤ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)의 치료 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 90일 한도로 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)를 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 암간병인사용 입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)는 지급하지 않습니다.

③ 가족을 간병인으로 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 가족의 범위는 배우자, 본인 및 배우자의 직계존비속으로 합니다.

제4조("암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당

하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) (단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration))또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사 '라 합니다)에 의하여 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.

제6조(“요양병원”의 정의)

이 특별약관에서 “요양병원”이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제7조(“간병인”의 정의)

① 이 특별약관에서 “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체(사업자 등록한 자가 본인이거나 가족인 경우는 제외)를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 가족을 간병인으로 사용한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 “개인 간병 및 유사 서비스업” 또는 “개인간병인”등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 “간병서비스”라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 「의료법」 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제8조(“간호·간병통합서비스”의 정의)

이 특별약관에서 “간호·간병통합서비스”라 함은 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 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

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(의사소견서, 진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 제7조("간병인"의 정의)에서 정한 "간병인"을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

가. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 사업자 등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)

나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨 있어야합니다)

5. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

6. 기타 보험수익자가 보험금등의 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)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-29. 간편고지(3.5.5) 암간호·간병통합서비스사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

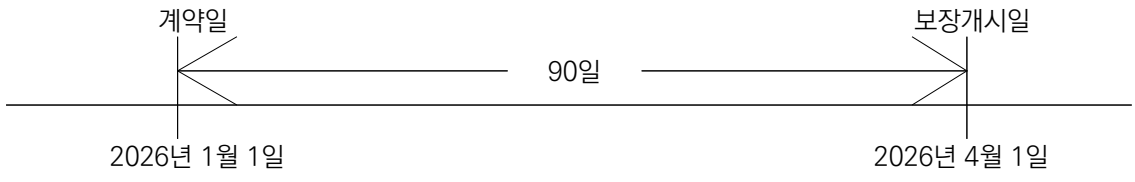
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 확정되고 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에서 계속 입원하여 치료를 받으며 제7조("간호 · 간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 암간호·간병통합서비스사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암간호·간병통합서비스사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

구 분		지급금액
암 입원으로 간호·간병통합서비스 사용 시 (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 입원으로 간호·간병통합서비스 사용 시 (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 치료하기 위해 입원한 경우에는 지급금액이 높은 암간호·간병통합서비스사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 지급하며 암간호·간병통합서비스사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암간호·간병통합서비스사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

【보험금 지급 예시 1】

· 보험계약일 : 2026년 1월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 위암 및 갑상선암 진단일 : 2027년 5월 1일
· 위암 및 갑상선암 치료를 목적으로 병원(요양병원제외)에 입원하여 간호·간병통합서비스를 사용한 기간
: 2027년 6월 1일 ~ 2027년 6월 30일 (30일)
· 암간호·간병통합서비스사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 총 지급금액
⇒ 위암으로인한 암간호·간병 통합서비스 입원일당이 갑상선암으로인한 암간호·간병 통합서비스 입원일당보다 높으므로 30일 × 2만원 = 60만원 지급

【보험금 지급 예시 2】

· 보험계약일 : 2026년 1월 1일, 보험가입금액 : 2만원

· 기타피부암 및 갑상선암 진단일 : 2027년 5월 1일

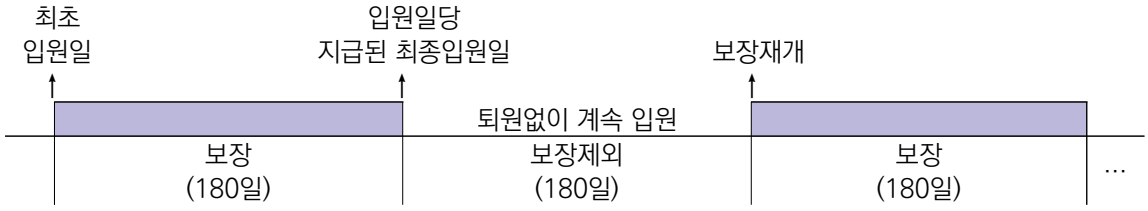
· 기타피부암 및 갑상선암 치료를 목적으로 병원(요양병원제외)에 입원하여 간호·간병통합서비스를 사용한 기간 : 2027년 6월 1일 ~ 2027년 6월 30일 (30일)

· 암간호·간병통합서비스사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 총 지급금액

⇒ 기타피부암으로인한 암간호·간병 통합서비스 입원일당과 갑상선암으로인한 암간호·간병 통합서비스 입원일당이 동일하므로 하나의 질병으로 인한 암간호·간병 통합서비스 입원일당인 30일 × 2만원 × 20% = 12만원 지급

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암간호·간병통합서비스사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 암간호·간병통합서비스사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암간호·간병통합서비스사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원(요양병원제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 포함합니다)의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 암간호·간병통합서비스사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암간호·간병통합서비스사용 입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호 · 간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태,Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

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

⑦ “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서“ 입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 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(“요양병원”의 정의)

이 특별약관에서 “요양병원”이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제7조(“간호·간병통합서비스”의 정의)

이 특별약관에서 “간호·간병통합서비스”라 함은 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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.
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 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

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(의사소견서, 진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제7조(“간호·간병통합서비스”의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.
5. 기타 보험수익자가 보험금등의 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)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-30. 간편고지(3.5.5) 암주요재활치료비(급여,1일1회,연간10회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 입원 중에 "암주요재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 암주요재활치료(급여)"라 합니다) 또는 통원하여 "암주요재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 암주요재활치료(급여)"라 합니다) 각각 1일1회에 한하여 아래의 금액을 암주요재활치료비(급여,1일1회,연간10회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

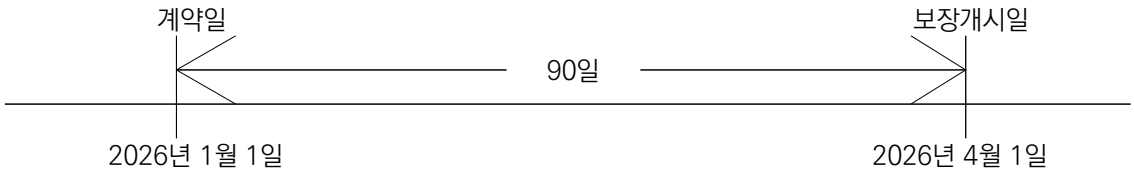
구 분		지급금액
암주요재활치료비 (급여.1일1회,연간10회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【암의 보장개시일[예시]】



③ 제1항에도 불구하고 "입원 암주요재활치료(급여)"와 "통원 암주요재활치료(급여)"를 합산하여 연간10회 한도로 보장합니다.

④ 제3항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ “갑상선암”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“입원” 및 “통원”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하“의사”라 합니다)가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“암주요재활치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “암주요재활치료(급여)”라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 「의료법」 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 “암주요재활치료(급여) 대상 수가코드”(【별표19】『암주요재활치료(급여) 대상 수가코드』 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 진료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 암주요재활치료(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항의 “암주요재활치료(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-31. 간편고지(3.5.5) 항암방사선·약물치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 약물치료를 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 항암방사선 또는 항암약물치료 중 최초로 발생한 치료에 대해서 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 다만, 피보험자가 암의 항암방사선·약물치료비를 지급받은 이후에는 기타피부암 또는 갑상선암의 항암방사선·약물치료비를 지급하지 않습니다.

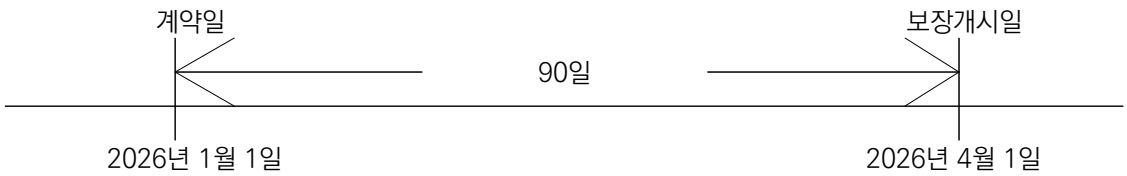
구 분		지급금액
암 항암방사선·약물치료비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암 항암방사선·약물치료비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암방사선·약물치료비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%

【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"

(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

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

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("항암방사선치료"등의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서, 진료기록부(검사기록지, 치료기록지 포함), 치료확인서 , 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암의 항암방사선·약물치료비(단, 기타피부암의 항암방사선·약물치료비, 갑상선암의 항암방사선·약물치료비를 지급한 경우는 제외합니다)를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-32. 간편고지(3.5.5) 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 암 또는 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 "항암양성자방사선치료"를 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성자방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

〈최초계약〉

구 분		지급금액
항암양성자방사선 치료비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

〈갱신계약〉

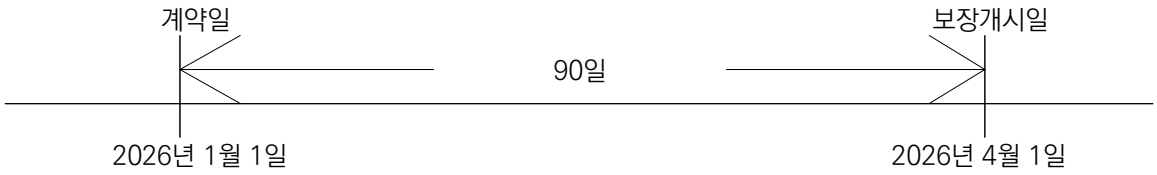
구 분	지급금액
항암양성자방사선치료비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 하며, 보통약관 제42조(계약의 자동갱신)에 따라 이 특별약관이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

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

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“항암양성자방사선치료”, “항암방사선치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암양성자방사선치료”라 함은 제2항에서 정한 “항암방사선치료” 중, 국내 또는 국외에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 분리하여 얻은 양성자를 가속하여 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다.

② 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【항암양성자방사선치료란?】

항암양성자방사선치료는 항암방사선치료의 하나로, 수소 원자핵을 분리하여 얻은 양성자를 가속하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 적은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 항암양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서, 진료기록부(검사기록지, 치료기록지 포함), 치료확인서 , 항암방사선치료증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 항암양성자방사선치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

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

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-33. 간편고지(3.5.5) 항암중입자방사선치료비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 암 또는 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 "항암중입자방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암중입자방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

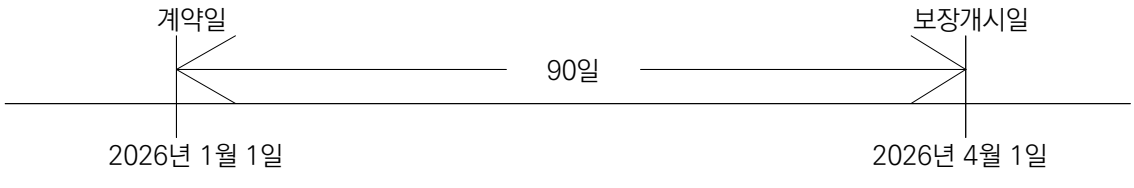
구 분		지급금액
항암중입자방사선치료비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 하며, 보통약관 제42조(계약의 자동갱신)에 따라 이 특별약관이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암" 및 "기타피부암"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암" 및 "기타피부암"의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ “갑상선암”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“항암중입자방사선치료”, “항암방사선치료”, “항암양성자방사선치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암중입자방사선치료”라 함은 제2항에서 정한 “항암방사선치료” 중, 국내 또는 국외에 허가된 중입자치료센터에서 피보험자의 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말하며, “항암양성자방사선치료”는 포함하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양 학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 “항암양성자방사선치료”라 함은 제2항에서 정한 “항암방사선치료” 중, 국내 또는 국외에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 분리하여 얻은 양성자를 가속하여 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다.

【항암중입자방사선치료란?】

항암중입자방사선치료는 항암방사선치료의 하나로, 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 적은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 항암중입자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서, 진료기록부(검사기록지, 치료기록지 포함), 치료확인서 , 항암방사선치료증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증

명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 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)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 항암중입자방사선치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-34. 간편고지(3.5.5) 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 암 또는 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

〈최초계약〉

구 분		지급금액
표적항암약물치료비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

〈갱신계약〉

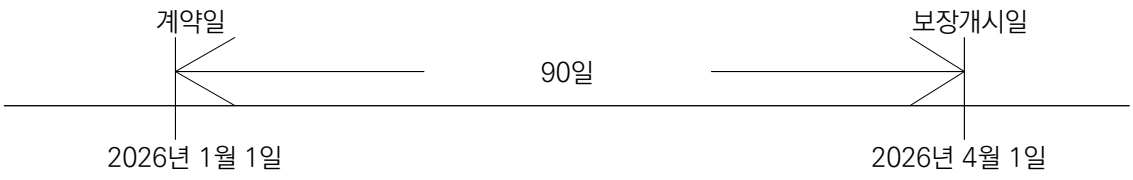
구 분	지급금액
표적항암약물치료비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

②제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 하며, 보통약관 제42조(계약의 자동갱신)에 따라 이 특별약관이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

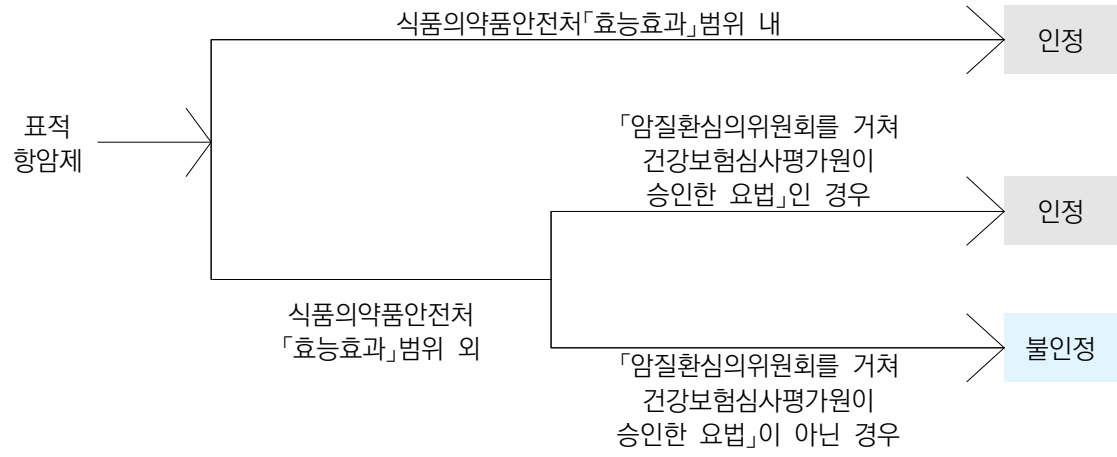
【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

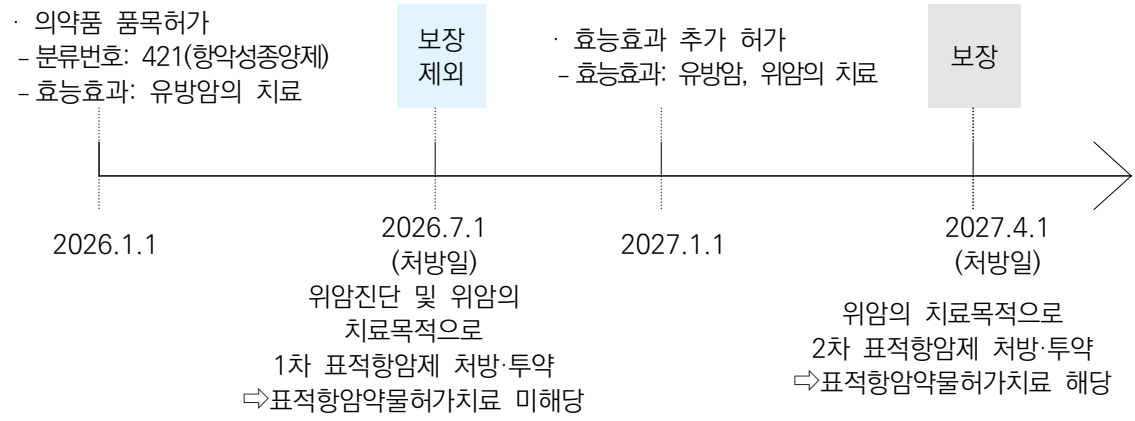
① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

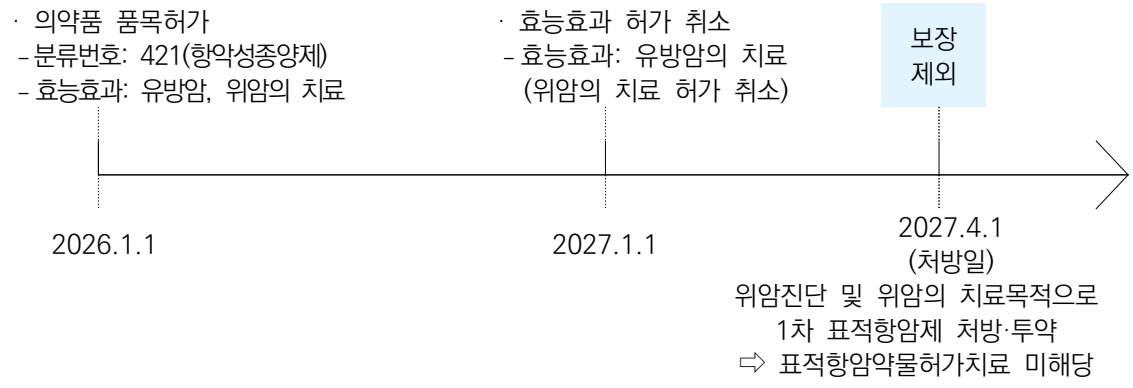


② 제1조(보험금의 지급사유)의 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【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.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)”에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

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

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“표적항암제 및 표적항암약물허가치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악성종양제"에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련치료제는 "표적항암제"의 범위에서 제외됩니다.

【호르몬 관련 치료제】

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

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표20】『표적항암제 해당 의약품명 및 성분명』에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제5조("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "표적항암제"를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방•투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 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 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 표적항암약물허가치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-35. 간편고지(3.5.5) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 카티(CAR-T) 보장 대상 암으로 진단확정되고, 그 암의 치료를 목적으로 "카티항암약물허가치료"를 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 카티(CAR-T)항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

〈최초계약〉

구 분		지급금액
카티(CAR-T) 항암약물허가치료비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

〈갱신계약〉

구 분	지급금액
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 보통약관 제42조(계약의 자동갱신)에 따라 이 특별약관이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

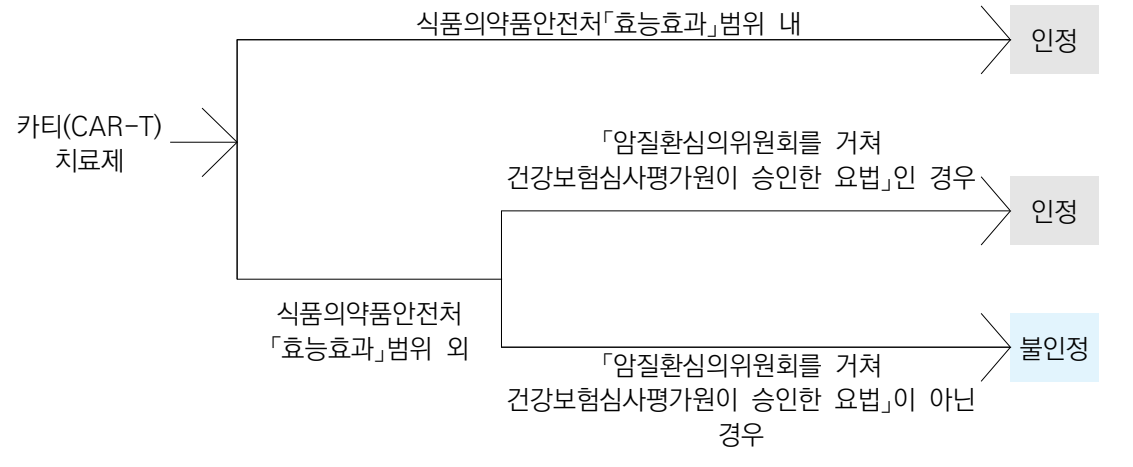
【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 카티항암약물허가치료비는 "카티(Chimeric antigen receptor-T)치료제"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.

【카티(CAR-T)치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

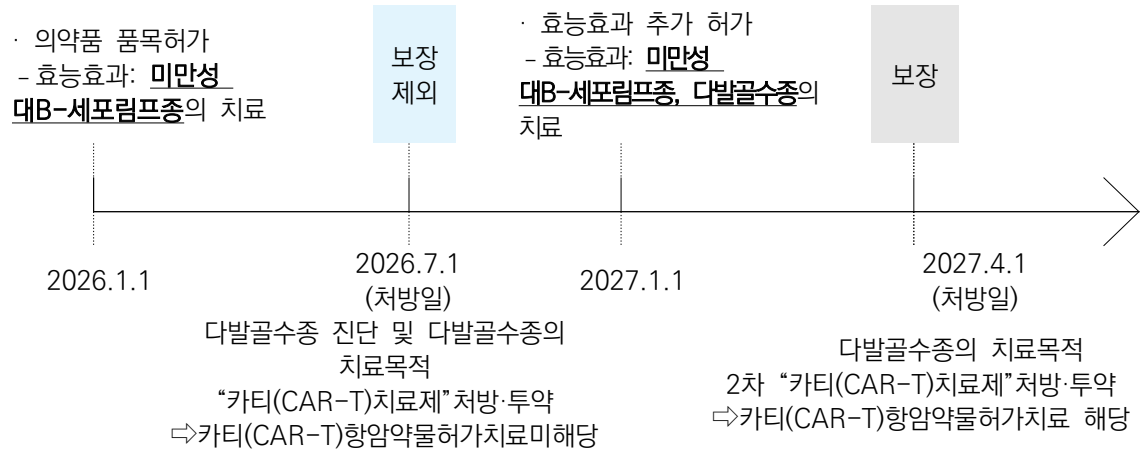


② 제1조(보험금의 지급사유)의 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 카티(CAR-T)치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조("카티(CAR-T)치료제" 및 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경

우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

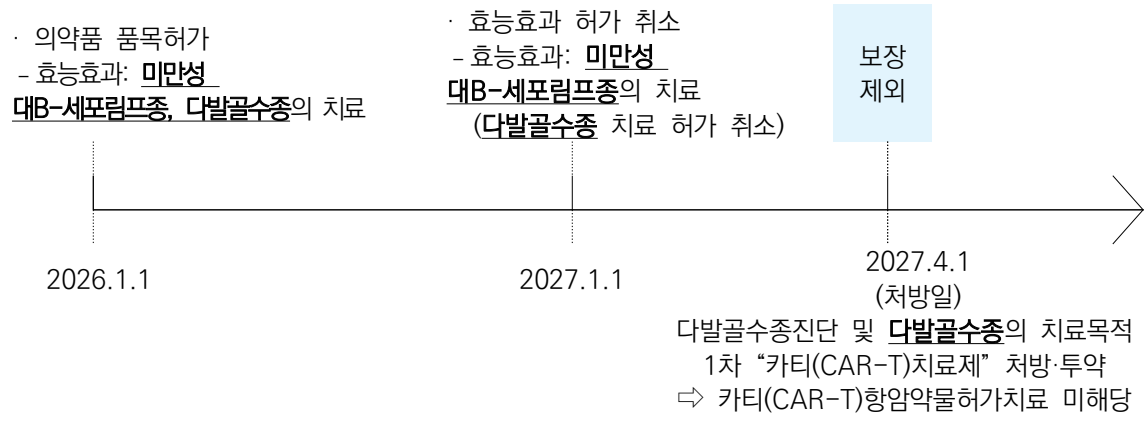
【안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시】

: 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

제3조("카티(CAR-T) 보장 대상 암" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "카티(CAR-T)보장 대상이 되는 악성신생물"(【별표21】『카티(CAR-T)보장 대상이 되는 악성신생물 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 단, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병은 제외합니다.

② "카티(CAR-T) 보장 대상 암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “카티(CAR-T) 보장 대상 암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“카티(CAR-T)치료제” 및 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "카티(CAR-T)치료제"란 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라항원수용체T세포(CAR-T(카티)세포)를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

【 카티(CAR-T)치료제 】

카티(CAR-T)치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 항체 바이러스 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

【 카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 】

카티(CAR-T)치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 카티(CAR-T)치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표22】『카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명』에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"라 함은 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “카티(CAR-T) 보장 대상 암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "카티(CAR-T)치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우

【암질환심의위원회 (중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방
•투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 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 카티(CAR-T)치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "카티(CAR-T)치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(“항암약물치료”의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “카티(CAR-T) 보장 대상 암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 카티항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료(항암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료)진단서 또는 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (1) 진단명
      (2) 투약한 약제의 제품명
      (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 “카티(CAR-T) 보장 대상 암”으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 카티(CAR-T)항암약물허가치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-36. 간편고지(3.5.5) 항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 "항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 암의 항암호르몬약물허가치료비를 지급받은 이후에는 기타피부암 또는 갑상선암의 항암호르몬약물허가치료비를 지급하지 않습니다.

〈최초계약〉

구 분		지급금액
암 항암호르몬약물허가치료비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암 항암호르몬약물허가치료비 (각각 최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%

〈갱신계약〉

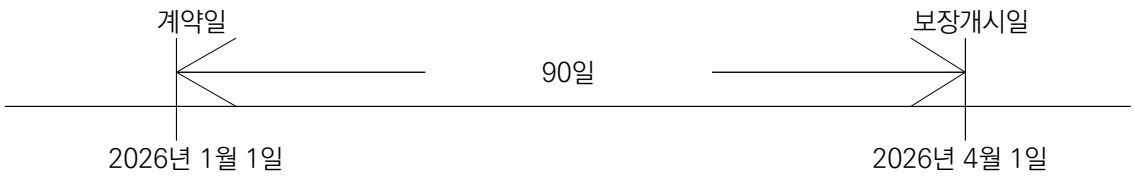
구 분	지급금액
암 항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암 항암호르몬약물허가치료비(각각 최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 20%

【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 하며, 보통약관 제42조(계약의 자동갱신)에 따라 이 특별약관이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

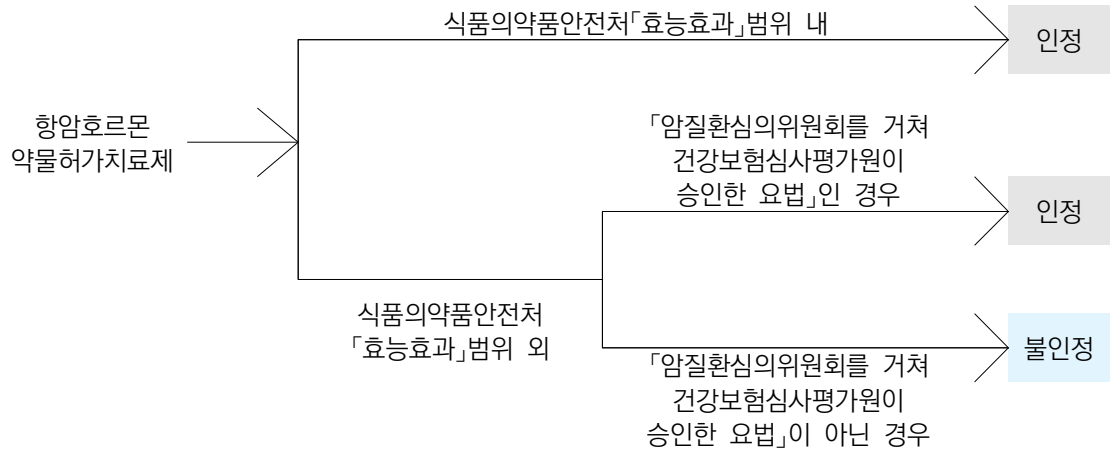
【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

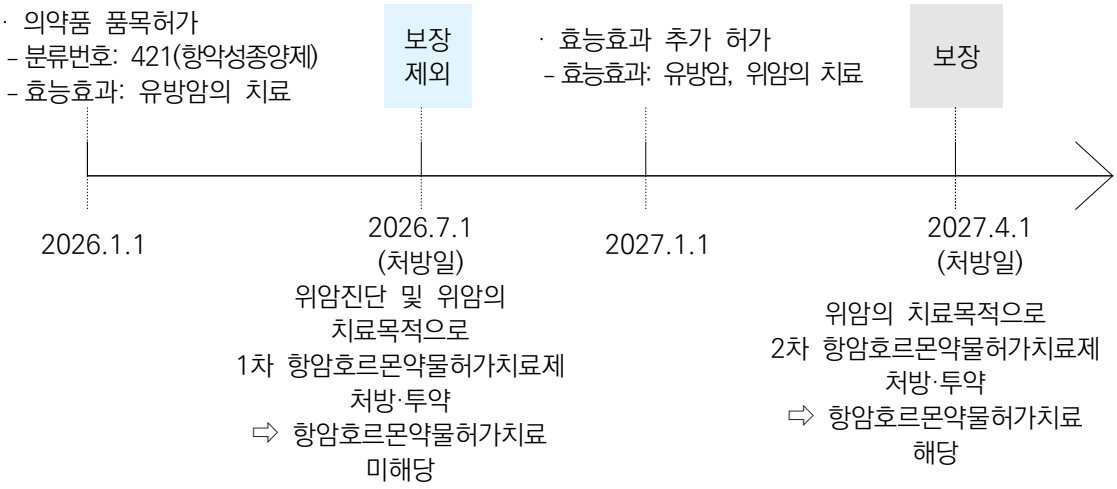
① 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료비는 "항암호르몬약물허가치료제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【항암호르몬약물허가치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

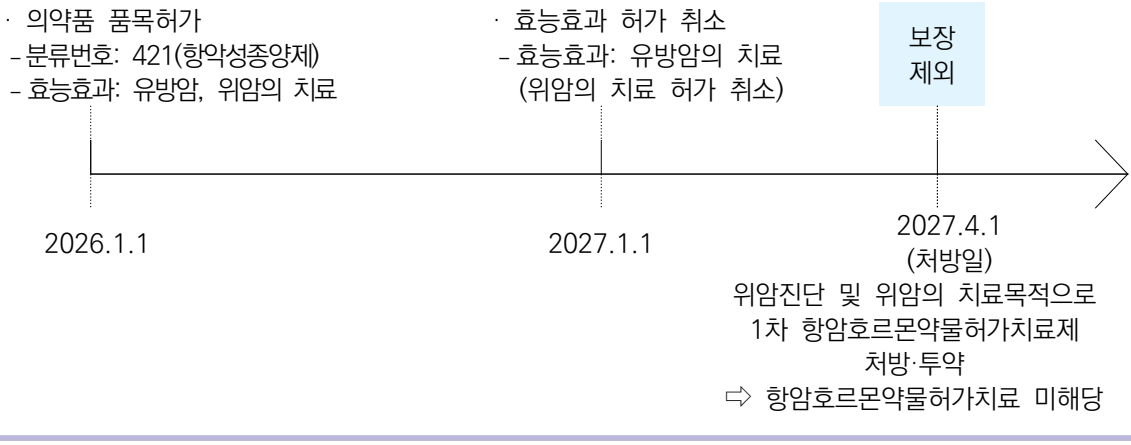


② 제1조(보험금의 지급사유)의 "항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우라 함은 항암호르몬약물허가치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조("항암호르몬약물허가치료제" 및 "항암호르몬약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)”에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

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

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“항암호르몬약물허가치료제” 및 “항암호르몬약물허가치료”의 정의)

① 이 특별약관에서"항암호르몬약물허가치료제"라 함은 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물허가치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【호르몬 관련 치료제】

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

【항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬약물허가치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 항암호르몬약물허가치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표23】『항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명』에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 "항암호르몬약물허가치료"라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "항암호르몬약물허가치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방•투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  – 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외「효능효과」,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) – 의료정보 – 의약품정보
  – 암질환사용약제및요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법
  – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "항암호르몬약물허가치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 항암호르몬약물허가치료 증명서

가. 표적항암약물허가치료(항암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료)진단서 또는 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)

(1) 진단명

(2) 투약한 약제의 제품명

(3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

(4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 항암호르몬약물허가치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-37. 간편고지(3.5.5) 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 갑상선암으로 진단확정되고 그 갑상선암의 치료를 목적으로 수술 후 갑상선암수술후호르몬약물허가치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

〈최초계약〉

구 분		지급금액
갑상선암수술후 호르몬약물허가치료비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

〈갱신계약〉

구 분	지급금액
갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료"를 받은 경우라 함은 갑상선암으로 수술을 받고, 그 결과로 인한 갑상선 기능 부전이나 갑상선암 재발 억제 등의 목적으로 갑상선암 호르몬치료제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조("갑상선암수술후호르몬약물허가치료"등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

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

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("갑상선암수술후호르몬약물허가치료"등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "갑상선암호르몬치료제"란 피보험자의 "갑상선암" 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 사용되는 호르몬 관련 약제를 말하며, 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 갑상선암 호르몬 약제를 말합니다. 다만, "항암약물치료"는 해당되지 않습니다.

【갑상선암 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

갑상선암 호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 갑상선암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표24】『갑상선암 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명』에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 "갑상선암수술후호르몬약물허가치료"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 "갑상선암 호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 식품의약품안전처에서 허가된"효능효과"범위 내로 사용된 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내「효능효과」확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 의약품 검색

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "항암호르몬약물허가치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 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 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

제6조("항암방사선치료" 등의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 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)
      (1) 진단명, 진단일자
      (2) 수술명, 수술일자
      (3) 투약한 약제의 제품명
      (4) 갑상선 호르몬치료제 처방여부, 처방기간
      (5) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (6) 처방목적(갑상선암 수술후 기능부전 또는 재발 억제 관련성 유무)
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관

련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-38. 간편고지(3.5.5) 항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 암 또는 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 "항암세기조절방사선치료"를 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암세기조절방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

〈최초계약〉

구 분		지급금액
항암세기조절방사선치료비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

〈갱신계약〉

구 분	지급금액
항암세기조절방사선치료비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만,기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일은 보험계약일로 하며, 보통약관 제42조(계약의 자동갱신)에 따라 이 특별약관이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"

(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

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

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("항암세기조절방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)"라 함은 제5조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료" 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 "세기조절방사선치료법"을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

【세기조절방사선치료법】

방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

제5조("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서, 진료기록부(검사기록지, 치료기록지 포함), 치료확인서 , 항암방사선치료증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증

명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 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)

회사는 보통약관 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 항암세기조절방사선치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-39. 간편고지(3.5.5) 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외,전이포함) 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 14개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(입술,구강및인두암)
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(특정호흡기및흉곽내기관암)
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(폐암Ⅱ)
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(소장및대장암)
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(식도및위암)
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(간암,담낭암,기타담도암및췌장암)
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유방암)
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(특정여성생식기관암)
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(자궁관련암)
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(난소암)
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(비뇨기관암(요로암))
- 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(혈액암)

제2조(보험금의 지급사유)

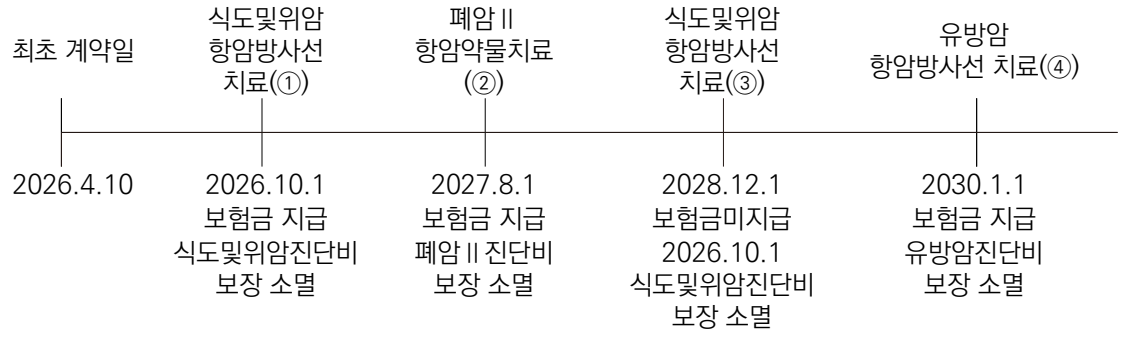
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)으로 진단 확정되고, 그 통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)의 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 암 구분에 따라 각 세부보장별 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

【통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외,전이포함)】

구 분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외,전이포함)	입술,구강및인두암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	특정호흡기및흉곽내기관암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	폐암Ⅱ (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	소장및대장암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	식도및위암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	간암,담낭암,기타담도암및췌장암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	유방암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	특정여성생식기관암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%

	자궁관련암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	난소암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	비뇨기관암(요로암) (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	혈액암 (최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%

【보험금 지급[예시]】



※ 설명

① : 2026.10.1. 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(식도및위암) 보험가입금액의 50%를 보험금으로 지급하고 해당 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(식도및위암) 보장 소멸

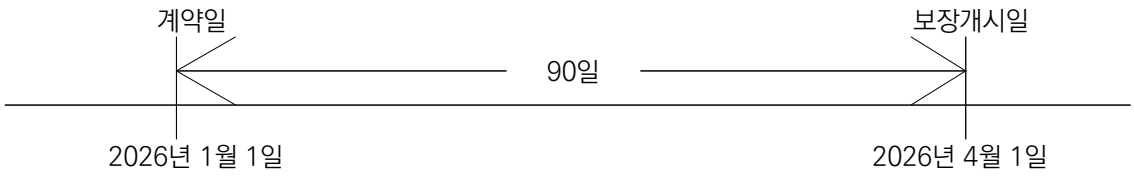
② : 2027.8.1. 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(폐암Ⅱ) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(폐암Ⅱ) 보장 소멸

③ : 보험금 미지급
(이미 2026.10.1.에 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(식도및위암)보장은 소멸되었으므로, 보험금 미지급)

④ : 2030.1.1. 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유방암)는 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유방암) 보장 소멸

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[예시]】



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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제4조("통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)" 등의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 “통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)”이라 함은 “입술,구강및인두암”, “특정호흡기및흉곽내기관암”, “눈,뇌,중추신경계통및내분비선암”, “뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암”, “폐암Ⅱ”, “소장및대장암”, “식도및위암”, “간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암”, “유방암”, “특정여성생식기관암”, “자궁관련암”, “난소암”, “비뇨기관암(요로암)” 및 “혈액암”을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 “입술,구강및인두암”, “특정호흡기및흉곽내기관암”, “눈,뇌,중추신경계통및내분비선암”, “뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암”, “폐암Ⅱ”, “소장및대장암”, “식도및위암”, “간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암”, “유방암”, “특정여성생식기관암”, “자궁관련암”, “난소암”, “비뇨기관암(요로암)” 및 “혈액암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)(【별표12】 통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함) 분류표 참조)”에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 “암(유사암제외)”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】 (악성신생물(암) 분류표) 참조) 중 “기타피부암”, “갑상선암” 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우를 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 (기타피부암 및 갑상선암 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 (기타피부암 및 갑상선암 분류표) 참조)을 말합니다.

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 제3항의 “암(유사암제외)”중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

⑦ 제1항의 “통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)”에는 제6항을 적용하지 않습니다.

⑧ “입술,구강및인두암”, “특정호흡기및흉곽내기관암”, “눈,뇌,중추신경계통및내분비선암”, “뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암”, “폐암Ⅱ”, “소장및대장암”, “식도및위암”, “간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암”, “유방암”, “특정여성생식기관암”, “자궁관련암”, “난소암”, “비뇨기관암(요로암)”, “혈액암” 및 “암(유사암제외)”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “입술,구강및인두암”, “특정호흡기및흉곽내기관암”, “눈,뇌,중추신경계통및내분비선암”, “뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암”, “폐암Ⅱ”, “소장및대장암”, “식도및위암”, “간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암”, “유방암”, “특정여성생식기관암”, “자궁관련암”, “난소암”, “비뇨기관암(요로암)”, “혈액암” 및 “암(유사암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

제5조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서, 진료기록부(검사기록지, 치료기록지 포함), 치료확인서 , 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 “암(유사암제외)”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외,전이포함)를 지급한 경우에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 해당 세부보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외,전이포함)를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우, 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-40. 간편고지(3.5.5) 암주요치료비(연간1회한,5년간) 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한,5년간)
- 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한,5년간)

제2조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- 암(유사암제외) 주요치료비 보장

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 세부보장의 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 이내에 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 연간 1회 한도로 아래의 금액을 암(유사암제외)주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
암(유사암제외)주요치료비	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 암주요치료는 암(유사암제외)(최초 진단과 상이한 암(유사암제외)도 포함합니다.)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 보험금 지급기간이라 함은 암(유사암제외)의 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 암주요치료를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 보험금 지급기간 으로 합니다.

④ 제1항의 연간이라 함은 암(유사암제외)의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암(유사암제외)의 진단해당일(암(유사암제외)의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 암(유사암제외)의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 암(유사암제외)의 진단해당일로 합니다.

⑤ 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[예시]】



【암(유사암제외)주요치료비[예시](가입금액 1,000만원 기준)】

- 계약일 : 2026년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2033년 1월 1일

A : 암수술(C15)
B : 항암방사선치료(C15)
C : 항암약물치료(C15)
D : 항암약물치료(C32)



진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
500만원	-	1,000만원	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암 제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2031년 1월 1일부터 최대 5년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외)의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 보험금 지급기간이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 암(유사암제외)주요치료비만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

① 회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보험계약일로부터 1.(보험금의 지급사유)의 보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 세부보장은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 "암(유사암제외)"으로 최초 진단 확정을 받고 보험금 지급기간이 경과한 때로부터 해당 세부보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 보험료 납입면제 미적용형, 보험료 납입면제형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[보험료 납입면제 미적용형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보장 개시일 이후에 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[보험료 납입면제형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 피보험자가 보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단확정되었을 경우 이 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)(납입면제형에 한함)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 세부보장의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 세부보장의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 보장개시일을 적용합니다.

• 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 보장

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 세부보장의 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 이내에 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 연간 1회 한도로 아래의 금액을 기타피부암및갑상선암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
기타피부암및갑상선암주요치료비	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 암주요치료는 기타피부암 및 갑상선암(최초 진단과 상이한 기타피부암 및 갑상선암도 포함합니다.)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 보험금 지급기간이라 함은 기타피부암 및 갑상선암의 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 암주요치료를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 보험금 지급기간 으로 합니다.

④ 제1항의 연간이라 함은 기타피부암 및 갑상선암의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일(기타피부암 및 갑상선암의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일로 합니다.

【기타피부암및갑상선암주요치료비[예시](가입금액 200만원 기준)】

- 계약일 : 2026년 7월 1일
- C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일
- C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2033년 1월 1일

A : 기타피부암수술(C44)　　C : 항암약물치료(C44)
B : 항암방사선치료(C44)　　D : 항암약물치료(C73)



진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
200만원	-	200만원	200만원	200만원

※ 2031년 1월 1일 C44(기타 피부의의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2031년 1월 1일부터 최대 5년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 보험금 지급기간이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 "기타피부암 및 갑상선암"으로 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 기타피부암및갑상선암주요치료비만 지급합니다.

3.(보장의 소멸)

회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단 확정을 받고 보험금 지급기간이 경과한 때로부터 해당 세부보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 보험료 납입면제 미적용형, 보험료 납입면제형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[보험료 납입면제 미적용형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[보험료 납입면제형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

1. 피보험자가 보장개시일 이후 "암(유사암제외)"으로 진단 확정되었을 경우
2. 피보험자가 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 확정되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)(납입면제형에 한함)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 세부보장의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제4조(“암(유사암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암(유사암제외)”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)”에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”

(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야하며, 이 경우 "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(“암 주요치료”의 정의)

① “암 주요치료”에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② “암 주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호이외의 “암 주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률“ 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 ”암 주요치료“로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

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

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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

제6조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

③ 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제7조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 보장의 소멸 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

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

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제10조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관을 제2종(세만기형, 해약환급금미지급형Ⅱ)으로 가입한 경우라 하더라도 각 세부 보장별 원인사고의 진단을 받고 보험금 지급기간 이내에 해지하는 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 정하는 바에 따라 1종(세만기형, 표준형)의 해약환급금을 지급합니다.

② 제1항의 세부 보장별 원인사고는 다음과 같습니다.

세부보장	원인사고
• 암(유사암제외) 주요치료비 보장	보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 진단 확정
• 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 보장	보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-41. 간편고지(3.5.5) 암주요치료비Ⅱ(연간1회한,10년간) 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 암(유사암제외) 주요치료비(연간1회한,10년간)
- 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한,10년간)

제2조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- 암(유사암제외) 주요치료비 보장

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 세부보장의 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 이내에 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 연간 1회 한도로 아래의 금액을 암(유사암제외)주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
암(유사암제외)주요치료비	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 암 주요치료는 암(유사암제외)(최초 진단과 상이한 암(유사암제외)도 포함합니다.)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 보험금 지급기간이라 함은 암(유사암제외)의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 암 주요치료를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 보험금 지급기간 으로 합니다.

④ 제1항의 연간이라 함은 암(유사암제외)의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암(유사암제외)의 진단해당일(암(유사암제외)의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 암(유사암제외)의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 암(유사암제외)의 진단해당일로 합니다.

⑤ 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

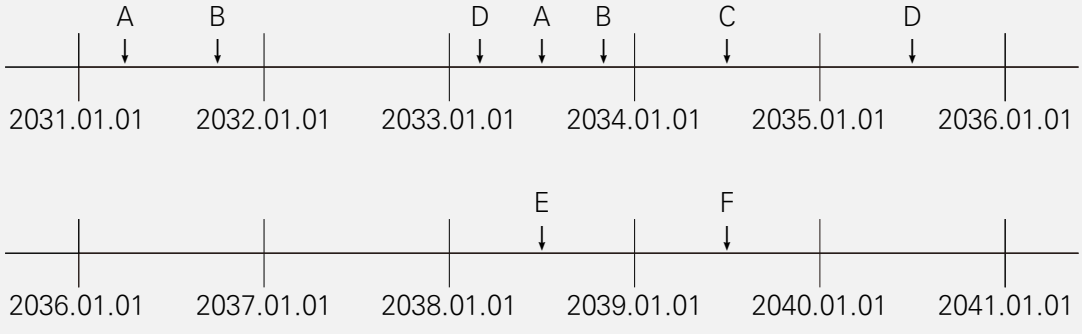
【보장개시일[예시]】



【암(유사암제외)주요치료비[예시](가입금액 1,000만원 기준)】

- 계약일 : 2026년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2033년 1월 1일

A : 암수술(C15)
B : 항암방사선치료(C15)
C : 항암약물치료(C15)
D : 항암약물치료(C32)
E : 항암약물치료(C32)
F : 암수술(C32)



진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
1,000만원	-	1,000만원	1,000만원	1,000만원

진단후 6차년도	진단후 7차년도	진단후 8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
-	-	1,000만원	1,000만원	-

※ 2031년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암 제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2031년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외)의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 보험금 지급기간이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 암(유사암제외)주요치료비만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

① 회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"으로 진단 확정되는 경우에는 이 세부보장은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 "암(유사암제외)"으로 최초 진단 확정을 받고 보험금 지급기간이

경과한 때로부터 해당 세부보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 보험료 납입면제 미적용형, 보험료 납입면제형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[보험료 납입면제 미적용형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보장 개시일 이후에 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[보험료 납입면제형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 피보험자가 보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단확정되었을 경우 이 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)(납입면제형에 한함)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 세부보장의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 세부보장의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 보장개시일을 적용합니다.

• 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 보장

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 세부보장의 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 이내에 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 연간 1회 한도로 아래의 금액을 기타피부암및갑상선암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
기타피부암및갑상선암주요치료비	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 암주요치료는 기타피부암 및 갑상선암(최초 진단과 상이한 기타피부암 및 갑상선암도 포함합니다.)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 보험금 지급기간이라 함은 기타피부암 및 갑상선암의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 암주요치료를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 보험금 지급기간 으로 합니다.

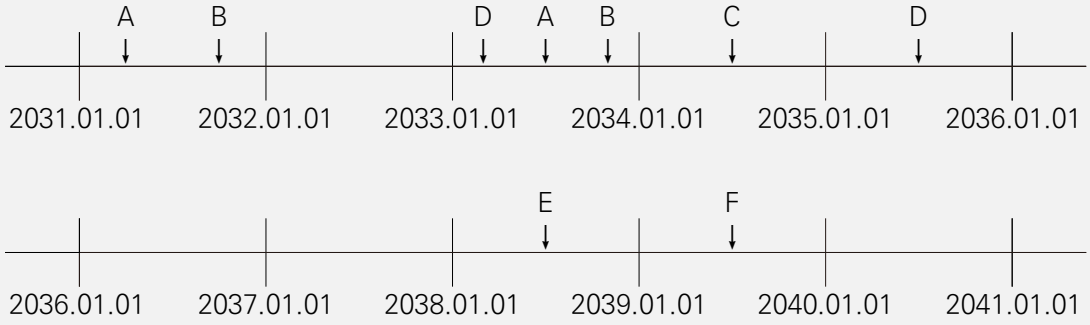
④ 제1항의 연간이라 함은 기타피부암 및 갑상선암의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일(기타피부암 및 갑상선암의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일로 합니다.

【기타피부암및갑상선암주요치료비[예시](가입금액 200만원 기준)】

- 계약일 : 2026년 7월 1일

- C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2033년 1월 1일

A : 기타피부암수술(C44)
B : 항암방사선치료(C44)
C : 항암약물치료(C44)
D : 항암약물치료(C73)
E : 항암약물치료(C73)
F : 갑상선암수술(C73)



진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
200만원	-	200만원	200만원	200만원

진단후 6차년도	진단후 7차년도	진단후 8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
-	-	200만원	200만원	-

※ 2031년 1월 1일 C44(기타 피부의의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2031년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 보험금 지급기간이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 "기타피부암 및 갑상선암"으로 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 기타피부암및갑상선암주요치료비만 지급합니다.

3.(보장의 소멸)

회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단 확정을 받고 보험금 지급기간이 경과한 때로부터 해당 세부보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 해약환급금을 지

급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 보험료 납입면제 미적용형, 보험료 납입면제형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[보험료 납입면제 미적용형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[보험료 납입면제형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

1. 피보험자가 보장개시일 이후 "암(유사암제외)"으로 진단확정되었을 경우
2. 피보험자가 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되었을 경우

② 1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)(납입면제형에 한함)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 세부보장의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

③ 1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제4조("암(유사암제외)", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암(유사암제외)", "기타피부암", "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) (단, "갑상선암"의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration))또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야하며, 이 경우 "암(유사암제외)", "기타피부암", "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 "암(유사암제외)", "기타피부암", "갑상선암"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("암 주요치료"의 정의)

① "암 주요치료"에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② "암 주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호이외의 "암 주요치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률" 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는"암 주요치료"로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

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

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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

제6조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

③ 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제7조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암(유사암제외)”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암(유사암제외)”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 보장의 소멸 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

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

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제10조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관을 제2종(세만기형, 해약환급금미지급형Ⅱ)으로 가입한 경우라 하더라도 각 세부 보장별 원인사고의 진단을 받고 보험금 지급기간 이내에 해지하는 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 정하는 바에 따라 1종(세만기형, 표준형)의 해약환급금을 지급합니다.

② 제1항의 세부 보장별 원인사고는 다음과 같습니다.

세부보장	원인사고
• 암(유사암제외) 주요치료비 보장	보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 진단 확정
• 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 보장	보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-42. 간편고지(3.5.5) 상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)암주요치료비(연간1회한,10년간) 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)암(유사암제외)주요치료비(연간1회한,10년간)
- 상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,10년간)

제2조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

- 상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)암(유사암제외)주요치료비 보장

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 세부보장의 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 이내에 “상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원”에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 연간 1회 한도로 아래의 금액을 “상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)암(유사암제외)주요치료비”로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
상급종합병원 (국립암센터,서울원자력병원포함) 암(유사암제외)주요치료비	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 암주요치료는 암(유사암제외)(최초 진단과 상이한 암(유사암제외)도 포함합니다.)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 “상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원”이라 함은 제8조(“상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원”의 정의)에서 규정한 상급종합병원, 국립암센터, 서울원자력병원을 의미합니다.

④ 제1항의 보험금 지급기간이라 함은 암(유사암제외)의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 암주요치료를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날까지를 보험금 지급기간 으로 합니다.

⑤ 제1항의 연간이라 함은 암(유사암제외)의 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암(유사암제외)의 진단해당일(암(유사암제외)의 최초 진단 확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 암(유사암제외)의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 암(유사암제외)의 진단해당일로 합니다.

⑥ 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

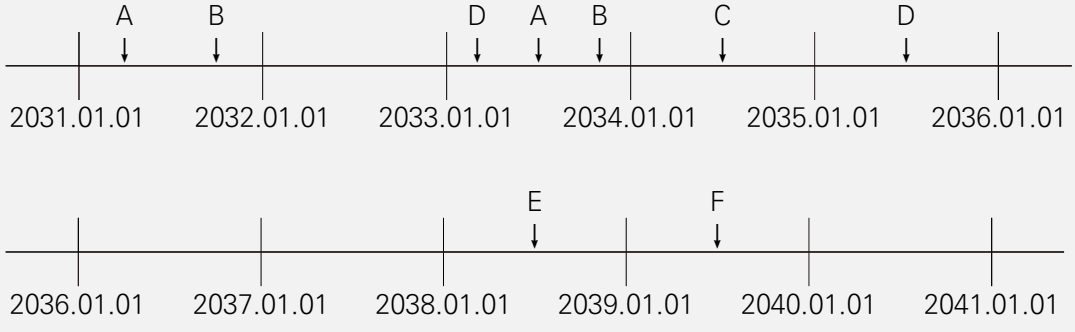
【보장개시일[예시]】



【상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)암(유사암제외)주요치료비[예시]
(가입금액 1,000만원 기준)】

- 계약일 : 2026년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2033년 1월 1일

A : 상급종합병원 암수술(C15)
B : 상급종합병원 항암방사선치료(C15)
C : 국립암센터 항암약물치료(C15)
D : 서울원자력병원 항암방사선치료(C32)
E : 국립암센터 항암약물치료(C32)
F : 국립암센터 암수술(C32)



진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
1,000만원	-	1,000만원	1,000만원	1,000만원

진단후 6차년도	진단후 7차년도	진단후 8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
-	-	1,000만원	1,000만원	-

※ 2031년 1월 1일 ~ 2032년 1월 1일
: 암주요치료(A: 암수술, B: 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이용하였더라도 1회의 이용으로 간주하여 보험가입금액을 지급합니다.

※ 2033년 1월 1일 ~ 2034년 1월 1일
: 다른 두 곳(A·B: 상급종합병원, D: 서울원자력병원)에서 각각 연1회 이상 암주요치료 이용하였더라도 1회의 이용으로 간주하여 보험가입금액을 지급합니다.

※ 2031년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암 제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2031년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외)의 최초 진단 확정 후 보험기간이 만료되더라도 보험금 지급기간이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
③ 회사는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 “상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원”에서 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 “상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)암(유사암제외)주요치료비”만 지급합니다.
④ 회사는 피보험자가 “암(유사암제외)"으로 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 “상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원” 중 두 곳 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 “상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)암(유사암제외)주요치료비”만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

① 회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보험계약일로부터 1.(보험금의 지급사유)의 보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 세부보장은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 "암(유사암제외)"으로 최초 진단확정을 받고 보험금 지급기간이 경과한 때로부터 해당 세부보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 보험료 납입면제 미적용형, 보험료 납입면제형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[보험료 납입면제 미적용형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외) 진단 확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.
② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[보험료 납입면제형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단 확정되었을 경우 이 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.
② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)(납입면제형에 한함)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 세부보장의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 세부보장의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 보장개시일을 적용합니다.

• 상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)기타피부암및갑상선암주요치료비 보장

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 세부보장의 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 이내에 “상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원”에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 연간 1회 한도로 아래의 금액을 “상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)기타피부암및갑상선암주요치료비”로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
상급종합병원 (국립암센터,서울원자력병원포함) 기타피부암및갑상선암주요치료비	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 암주요치료는 기타피부암 및 갑상선암(최초 진단과 상이한 기타피부암 및 갑상선암도 포함합니다.)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 "상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원"이라 함은 제8조("상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원"의 정의)에서 규정한 상급종합병원, 국립암센터, 서울원자력병원을 의미합니다.

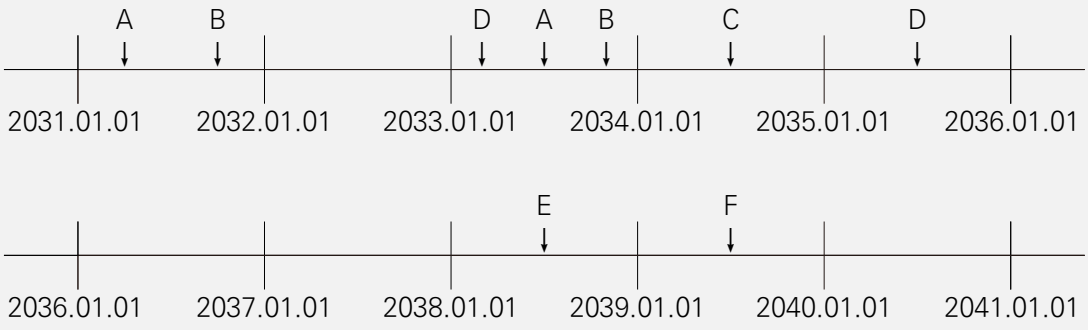
④ 제1항의 보험금 지급기간이라 함은 기타피부암 및 갑상선암의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 암주요치료를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날까지를 보험금 지급기간 으로 합니다.

⑤ 제1항의 연간이라 함은 기타피부암 및 갑상선암의 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일(기타피부암 및 갑상선암의 최초 진단 확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 기타피부암 및 갑상선암의 진단해당일로 합니다.

【상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)기타피부암및갑상선암주요치료비[예시]
(가입금액 200만원 기준)】

- 계약일 : 2026년 7월 1일
- C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2033년 1월 1일

A : 상급종합병원기타피부암수술(C44)
B : 상급종합병원 항암방사선치료(C44)
C : 국립암센터 항암약물치료(C44)
D : 서울원자력병원 항암약물치료(C73)
E : 국립암센터 항암약물치료(C73)
F : 국립암센터 갑상선암수술(C73)



진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
200만원	-	200만원	200만원	200만원

진단후 6차년도	진단후 7차년도	진단후 8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
-	-	200만원	200만원	-

※ 2031년 1월 1일 ~ 2032년 1월 1일
: 암주요치료(A: 암수술, B: 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이용하였더라도 1회의 이용으로 간주하여 보험가입금액을 지급합니다.

※ 2033년 1월 1일 ~ 2034년 1월 1일
: 다른 두 곳(A·B: 상급종합병원, D: 서울원자력병원)에서 각각 연1회 이상 암주요치료 이용하였더라도 1회의 이용으로 간주하여 보험가입금액을 지급합니다.

※ 2031년 1월 1일 C44(기타 피부의의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진

단받더라도 보험금 지급기간은 2031년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단 확정 후 보험기간이 만료되더라도 보험금 지급기간이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 "기타피부암 및 갑상선암"으로 “상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원”에서 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 “상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)기타피부암및갑상선암주요치료비”만 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암"으로 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 “상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원” 중 두 곳 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 “상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함)기타피부암및갑상선암주요치료비”만 지급합니다.

3.(보장의 소멸)

회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단 확정을 받고 보험금 지급기간이 경과한 때로부터 해당 세부보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 보험료 납입면제 미적용형, 보험료 납입면제형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[보험료 납입면제 미적용형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 피보험자가 보장개시일 이후 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[보험료 납입면제형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 세부보장의 보험료 납입을 면제합니다.

1. 피보험자가 보장개시일 이후 "암(유사암제외)"으로 진단 확정되었을 경우
2. 피보험자가 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 확정되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)(납입면제형에 한함)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 세부보장의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제4조(“암(유사암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신

생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)”에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration))또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야하며, 이 경우 "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(“암주요치료”의 정의)

① “암주요치료”에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률” 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

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

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의)】

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

제6조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 "상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원"에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 "상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원"에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제7조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 "상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원"에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 “상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원”에서 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암(유사암제외)”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(“상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제 3조의4(상급종합병원 지정)에 규정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조4 (상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

② 이 특별약관에서 “국립암센터”라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에 따라 설립된 국립암센터를 말합니다.

【암관리법 제27조 (국립암센터 설립 등)】

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립 · 운영한다.

② 국립암센터는 법인으로 한다.

③ 국립암센터는 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.

④ 제3항에 따른 설립등기 사항은 다음 각 호와 같다.
1. 목적
2. 명칭
3. 주된 사무소 및 부속기관
4. 임원의 성명 및 주소
5. 공고의 방법

③ 이 특별약관에서 “서울원자력병원"이라 함은 서울에 위치한 “한국원자력의학원 원자력병원”만을 의미하며, “한국원자력의학원 원자력병원”이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)에 따라 설립된 한국원자력의학원를 말합니다. 단, “한국원자력의학원 원자력병원”은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3 등은 포함하지 않습니다.

【방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2 (한국원자력의학원의 설립)】

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구 · 개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.
② 의학원은 법인으로 한다.
③ 의학원은 그 주된 사무소가 있는 곳에서 설립등기를 함으로써 성립한다.
④ 의학원은 그 정관을 변경하려면 과학기술정보통신부장관의 인가를 받아야 한다.
⑤ 의학원에는 이사장과 원장 1명씩을 포함한 13명 이내의 이사와 1명의 감사를 임원으로 둔다. 임원은 정관으로 정하는 바에 따라 이사회에서 선임하되, 과학기술정보통신부장관의 승인을 받아야 한다.
⑥ 의학원의 중요 사항을 심의 · 의결하기 위하여 의학원에 이사회를 둔다.
⑦ 원장은 의학원을 대표하고, 의학원의 업무를 총괄하며, 소속 직원을 지휘·감독한다.
⑧ 정부는 예산의 범위에서 의학원의 설립 및 운영에 필요한 경비를 출연할 수 있다.
[전문개정 2011.6.7.]

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 "상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원"에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 보장의 소멸 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제11조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관을 2종(세만기형, 해약환급금미지급형Ⅱ)으로 가입한 경우라 하더라도 각 세부 보장별 원인사고의 진단을 받고 보험금 지급기간 이내에 해지하는 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 정하는 바에 따라 1종(세만기형, 일반형)의 해약환급금을 지급합니다.
② 제1항의 세부 보장별 원인사고는 다음과 같습니다.

세부보장	원인사고
• 상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함) 암(유사암제외)주요치료비 보장	보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 진단 확정
• 상급종합병원(국립암센터,서울원자력병원포함) 기타피부암및갑상선암주요치료비 보장	보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-43. 간편고지(3.5.5) 종합병원 암(유사암제외)주요치료비Ⅱ(만기보장형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

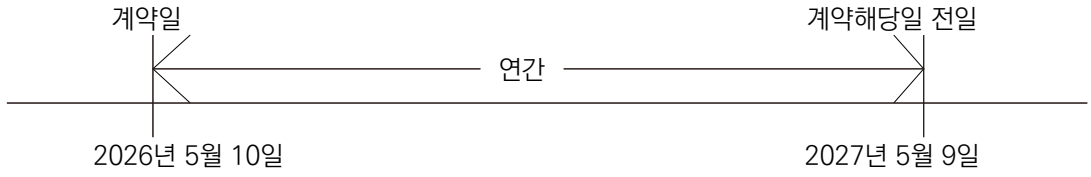
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되고 그 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 암주요치료(수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 항암호르몬약물허가치료, 중환자실치료)를 받은 경우 각 치료행위별 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 종합병원 암(유사암제외)주요치료비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분			지급금액
종합병원 암(유사암제외) 주요치료비Ⅱ (만기보장형)	수술시 (수술1회당)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료시 (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암약물치료시 (항암호르몬약물허가치료제외) (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암호르몬약물허가치료시 (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	중환자실치료시 (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 종합병원이라 함은 제9조("종합병원"의 정의)에서 규정한 종합병원을 의미합니다.

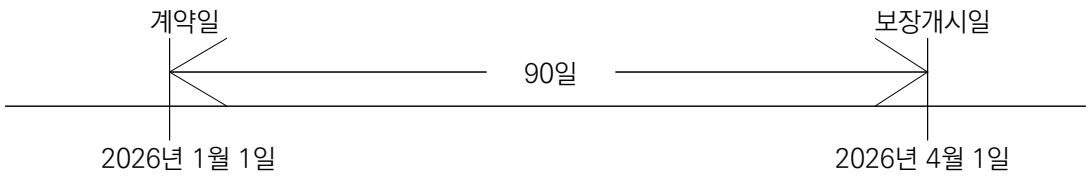
③ 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



④ 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(“암(유사암제외)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④ "암(유사암제외)"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야하며, 이 경우 "암(유사암제외)"의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 "암(유사암제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“암주요치료”의 정의)

① "암주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물허가치료제외)"를 받은 경우
4. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
5. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
6. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 비용 (진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

③ 제1항의 "암주요치료"에는 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(유사암제외)"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 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 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

> **【신의료기술평가위원회】**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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

④ 제1항의 수술은 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다.

제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "항암약물치료(항암호르몬약물허가치료제외)"라 함은 제2항에서 정한 "항암약물치료"중에서 제7조("항암호르몬약물허가치료제" 및 "항암호르몬약물허가치료"의 정의) 2항에서 정한 "항암호르몬약물허가치료"를 제외한 치료를 말합니다.

제7조("항암호르몬약물허가치료제" 및 "항암호르몬약물허가치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암호르몬약물허가치료제"라 함은 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물허가치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

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

【항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬약물허가치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 항암호르몬약물허가치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표23】『항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명』에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 "항암호르몬약물허가치료"라 함은 제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의) 제2항에서 정한 "항암약물치료" 중, 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "항암호르몬약물허가치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만 암의 직접적인 치료(암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료)가 아닌 식욕 개선, 피임 등의 목적으로 쓰이는 경우는 보상하지 않습니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방•투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 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 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "항암호르몬약물허가치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조("중환자실치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 보장개시일 이후에 "암(유사암제외)"으로 중환자실에 입원하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 "중환자실"이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에 따른 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

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.

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부

(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제13조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-44. 간편고지(3.5.5) 종합병원 유사암주요치료비Ⅱ(만기보장형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

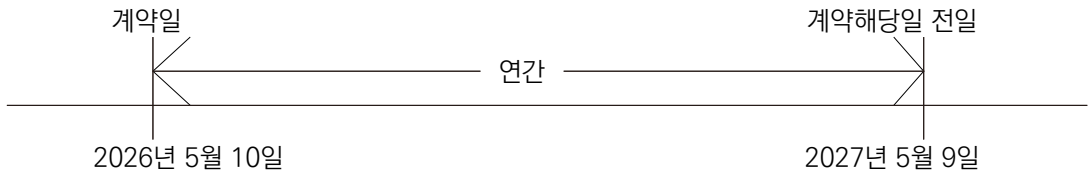
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 암주요치료(수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 항암호르몬약물허가치료, 중환자실치료)를 받은 경우 각 치료행위별 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 종합병원 유사암주요치료비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분			지급금액
종합병원 유사암주요치료비Ⅱ (만기보장형)	수술시 (수술1회당)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료시 (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암약물치료시 (항암호르몬약물허가치료제외) (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암호르몬약물허가치료시 (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	중환자실치료시 (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 종합병원이라 함은 제9조("종합병원"의 정의)에서 규정한 종합병원을 의미합니다.

③ 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

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

제3조("유사암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제2항부터 제5항까지 정한 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합

니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

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

⑦ “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“암주요치료”의 정의)

① "암주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물허가치료제외)"를 받은 경우
4. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우
5. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
5. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용

6. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 비용 (진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

③ 제1항의 "암주요치료"에는 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 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 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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

④ 제1항의 수술은 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다.

제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "항암약물치료(항암호르몬약물허가치료제외)"라 함은 제2항에서 정한 "항암약물치료"중에서 제7조("항암호르몬약물허가치료제" 및 "항암호르몬약물허가치료"의 정의) 2항에서 정한 "항암호르몬약물허가치료"를 제외한 치료를 말합니다.

제7조("항암호르몬약물허가치료제" 및 "항암호르몬약물허가치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암호르몬약물허가치료제"라 함은 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물허가치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

【호르몬 관련 치료제】

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

【항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬약물허가치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 항암호르몬약물허가치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표23】『항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명』에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 "항암호르몬약물허가치료"라 함은 제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의) 제2항에서 정한 "항암약물치료" 중, 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보

험자의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “항암호르몬약물허가치료제”를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만 암의 직접적인 치료(암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료)가 아닌 식욕 개선, 피임 등의 목적으로 쓰이는 경우는 보상하지 않습니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 외 사용이지만, “암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방•투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 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 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 “항암호르몬약물허가치료제” 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조(“중환자실치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 중환자실에 입원하여 의사의 관리 하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에 따른 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

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.

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-45. 간편고지(3.5.5) 종합병원 전이암주요치료비(만기보장형)(세부보장별,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

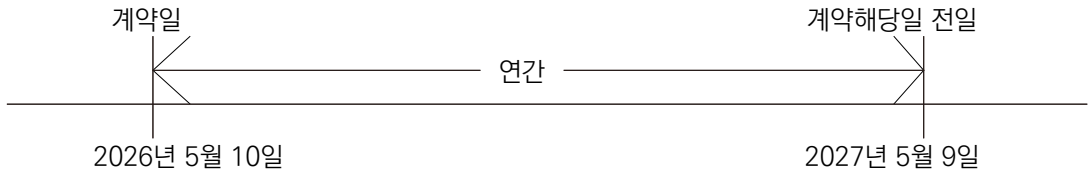
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 전이암으로 진단 확정되고 그 전이암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 암주요치료(수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 중환자실치료)를 받은 경우 각 치료행위별 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 종합병원 전이암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분			지급금액
종합병원 전이암주요치료비 (만기보장형) (세부보장별,연간1회한)	수술시 (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료시 (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암약물치료시 (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	중환자실치료시 (연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년 이상	이 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 종합병원이라 함은 제8조(“종합병원”의 정의)에서 규정한 종합병원을 의미합니다.

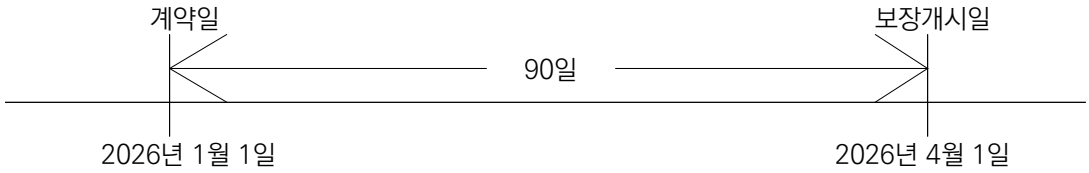
③ 제1항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



④ 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(“전이암” 등의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 “전이암”이라 함은 “림프절전이암”, “특정전이암”을 총칭합니다. 다만, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)”에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항의 “림프절전이암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “전이암”(【별표25】『전이암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 “특정전이암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “전이암”(【별표25】『전이암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “전이암”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “전이암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “전이암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적 검사결과를 우선 적용하며, 병리검사결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제4조(“암주요치료”의 정의)

① "암주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우
4. "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
8. 기타 "암주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 비용 (진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

【호르몬 관련 치료제】

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

③ 제1항의 “암주요치료”에는 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “전이암”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “전이암”의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의

조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 “수술”은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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

④ 제1항의 “수술”은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

제6조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(“중환자실치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 보장개시일 이후에 “전이암”으로 중환자실에 입원하여 의사의 관리 하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에 따른 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

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.

제8조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제9조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 보장개시일의 전일 이전에 "전이암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부

(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-46. 간편고지(3.5.5) 하이클래스 암주요치료비(연간1회한,10년간) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고 “암 보험금 지급기간” 이내에 “하이클래스 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)”를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 하이클래스 암주요치료비(연간1회한,10년간)로 보험수익자에게 지급(최대 10회한)합니다.

구 분		지급금액
하이클래스 암주요치료비 (연간1회한,10년간)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

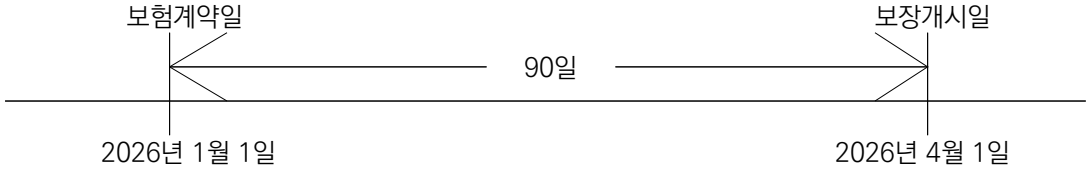
② 제1항의 “암 보험금 지급기간”이라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 처음으로 진단 확정된 “암”의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 “하이클래스 암주요치료”를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 “암 보험금 지급기간”으로 합니다.

③ 제1항의 연간이라 함은 “암”의 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암”의 진단해당일(“암”의 최초 진단 확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 “암”의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 “암”의 진단해당일로 합니다.

④ 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【하이클래스 암주요치료비 보장개시일[예시]】

※ 하이클래스 암주요치료비 특별약관에서 보장개시일은 “암(유사암제외)”, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대하여 동일하게 적용합니다.

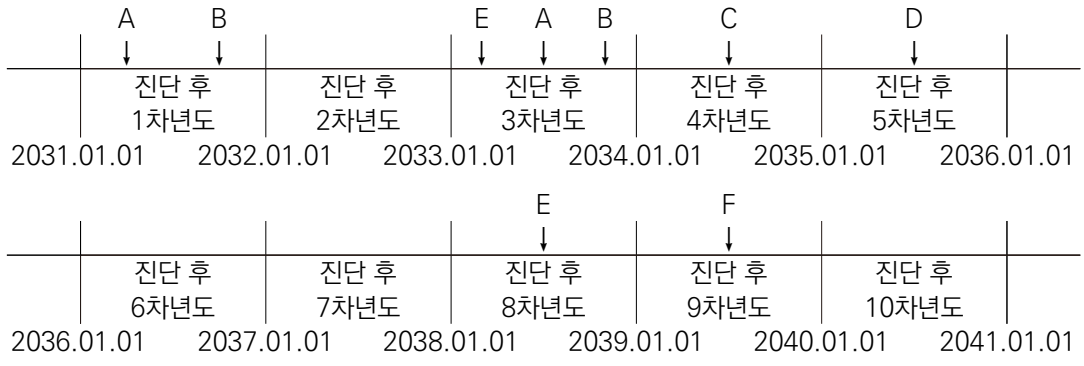


【하이클래스 암주요치료비(연간1회한,10년간)[예시](가입금액 1,000만원 기준)】

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2033년 1월 1일

※ 2031년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 “암”을 최초 진단받더라도 “암 보험금 지급기간”은 2031년 1월 1일로부터 최대 10년입니다.

A : 비급여 암수술(C15)	D : 급여 일부본인부담 항암약물치료(C32)
B : 비급여 항암방사선치료(C15)	E : 비급여 항암약물치료(C32)
C : 전액본인부담 항암약물치료(C15)	F : 전액본인부담 암수술(C32)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	진단 후 4차년도	진단 후 5차년도
1,000만원 지급	-	1,000만원 지급	1,000만원 지급	-

진단 후 6차년도	진단 후 7차년도	진단 후 8차년도	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
-	-	1,000만원 지급	1,000만원 지급	-

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 상기 종합병원은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 “암”의 최초 진단 확정 후 보험기간이 만료되더라도 “암 보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 “암”으로 “하이클래스 암주요치료”(“암수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료”)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 하이클래스 암주요치료비(연간1회한,10년간)만 지급합니다.

제3조(“암”, “암(유사암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 “암(유사암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “암(유사암제외)”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】(악성신생물(암) 분류표) 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】(기타피부암 및 갑상선암 분류표) 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】(기타피부암 및 갑상선암 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ “암(유사암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration))또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야하며, 이 경우 "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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

【'제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("하이클래스 암주요치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "하이클래스 암주요치료"라 함은 "암"을 제거하거나 "암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담"(요양급여비용 또는 의료급여비용의 전부를 본인이 부담하는 경우) 또는 "비급여"에 해당되는 "암수술"을 받은 경우
2. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담"(요양급여비용 또는 의료급여비용의 전부를 본인이 부담하는 경우) 또는 "비급여"에 해당되는 "항암방사선치료"을 받은 경우
3. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담"(요양급여비용 또는 의료급여비용의 전부를 본인이 부담하는 경우) 또는 "비급여"에 해당되는 "항암약물치료"을 받은 경우

② "하이클래스 암주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. "암"이나 "암" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
8. 기타 "하이클래스 암주요치료"에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

【호르몬 관련 치료제】

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

③ 제1항의 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항의 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

제5조("암수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "암수술"이라 함은 "암"의 치료를 직접적인 목적으로 "수술"을 받는 것을 말합니다.

② 제1항의 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제2항의 “수술”은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

⑤ 제1항 내지 제4항의 “수술”에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 보장개시일의 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제8조(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 보험료 납입면제 미적용형 또는 보험료 납입면제형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합

니다.

[보험료 납입면제 미적용형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 제1조 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[보험료 납입면제형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 제1조 제4항에서 정한 보장개시일 이후 “암”으로 진단 확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)(납입면제형에 한함)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서(영수증), 의사 소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정을 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 “암 보험금 지급기간”이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

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

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관을 2종(세만기형, 해약환급금미지급형Ⅱ)으로 가입한 경우라 하더라도 보장개시일 이후에 “암” 진단을 받고 “암 보험금 지급기간” 이내에 해지하는 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 정하는 바에 따라 1종(세만기형, 일반형)의 해약환급금을 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-47. 간편고지(3.5.5) 하이클래스 항암약물치료비(연간1회한,10년간) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고 “암 보험금 지급기간” 이내에 “하이클래스 항암약물치료”를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 하이클래스 항암약물치료비(연간1회한,10년간)로 보험수익자에게 지급(최대 10회한)합니다.

구 분		지급금액
하이클래스 항암약물치료비 (연간1회한,10년간)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

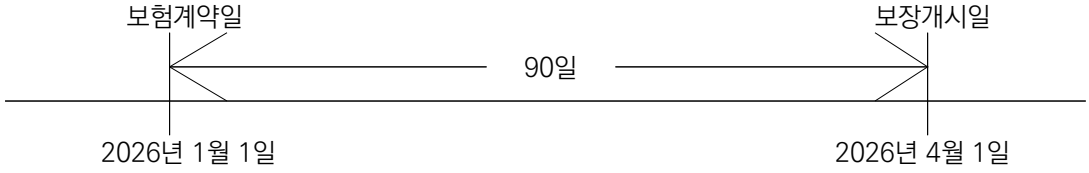
② 제1항의 “암 보험금 지급기간”이라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 처음으로 진단 확정된 “암”의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 “하이클래스 항암약물치료”를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 “암 보험금 지급기간”으로 합니다.

③ 제1항의 연간이라 함은 “암”의 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암”의 진단해당일(“암”의 최초 진단 확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 “암”의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 “암”의 진단해당일로 합니다.

④ 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【하이클래스 항암약물치료비 보장개시일[예시]】

※ 하이클래스 항암약물치료비 특별약관에서 보장개시일은 “암(유사암제외)”, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대하여 동일하게 적용합니다.

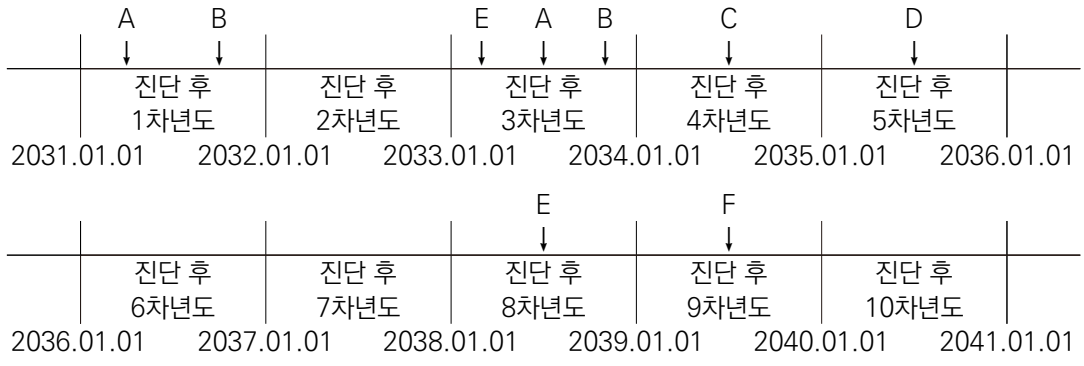


【하이클래스 항암약물치료(연간1회한,10년간)[예시](가입금액 1,000만원 기준)】

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2033년 1월 1일

※ 2031년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 “암”을 최초 진단받더라도 “암 보험금 지급기간”은 2031년 1월 1일로부터 최대 10년입니다.

A : 비급여 항암약물치료(C15)	D : 급여 일부본인부담 항암약물치료(C32)
B : 비급여 항암약물치료(C15)	E : 비급여 항암약물치료(C32)
C : 전액본인부담 항암약물치료(C15)	F : 전액본인부담 항암약물치료(C32)



진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
1,000만원 지급	-	1,000만원 지급	1,000만원 지급	-

진단후 6차년도	진단후 7차년도	진단후 8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
-	-	1,000만원 지급	1,000만원 지급	-

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 “암”의 최초 진단 확정 후 보험기간이 만료되더라도 “암 보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 “암”으로 “하이클래스 항암약물치료”를 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 하이클래스 항암약물치료비(연간1회한,10년간)만 지급합니다.

제3조(“암”, “암(유사암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 “암(유사암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “암(유사암제외)”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】(악성신생물(암) 분류표) 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】(기타피부암 및 갑상선암 분류표) 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】(기타피부암 및 갑상선암 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ “암(유사암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration))또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야하며, 이 경우 "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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

【‘제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("하이클래스 항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "하이클래스 항암약물치료"라 함은 제5조("항암약물치료"의 정의)에서 정한 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 "비급여" 또는 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

② "하이클래스 항암약물치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. "암"이나 "암" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소모된 비용
7. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
8. 기타 "하이클래스 항암약물치료"에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

【호르몬 관련 치료제】

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

③ 제1항의 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항의 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

제5조("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 보장개시일의 전일 이전에 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

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

제7조(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 보험료 납입면제 미적용형 또는 보험료 납입면제형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[보험료 납입면제 미적용형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 제1조 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단 확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[보험료 납입면제형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 제1조 제4항에서 정한 보장개시일 이후 "암"으로 진단 확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)(납입면제형에 한함)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서(영수증), 의사 소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정을 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "암 보험금 지급기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

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

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관을 2종(세만기형, 해약환급금미지급형Ⅱ)으로 가입한 경우라 하더라도 보장개시일 이후에 "암" 진단을 받고 "암 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 정하는 바에 따라 1종(세만기형, 일반형)의 해약환급금을 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-48. 간편고지(3.5.5) 종합병원 하이클래스 암주요치료비(만기보장형) 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 종합병원 하이클래스 암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료비
- 종합병원 하이클래스 기타피부암및갑상선암 주요치료비

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "암(기타피부암및갑상선암제외)"으로 진단확정되고, 그 "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원"에서 "하이클래스 암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료"를 받은 경우 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래의 금액을 종합병원 하이클래스 암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
종합병원 하이클래스 암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료비	수술	수술 1회당	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암약물치료	연간 1회한	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%

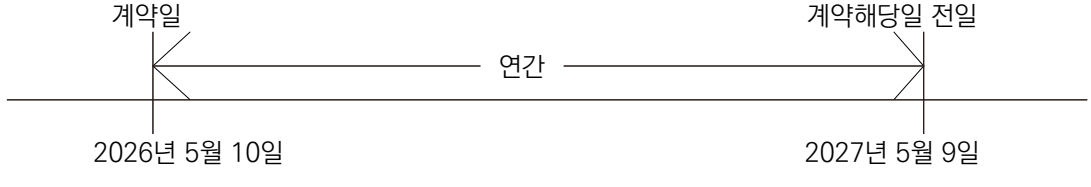
② 회사는 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고, 그 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원"에서 "하이클래스 기타피부암및갑상선암 주요치료"를 받은 경우 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래의 금액을 종합병원 하이클래스 기타피부암및갑상선암 주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
종합병원 하이클래스 기타피부암및갑상선암 주요치료비	수술	수술 1회당	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암약물치료	연간 1회한	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 내지 제2항에서 "종합병원"이라 함은 제8조("종합병원"의 정의)에서 규정한 종합병원을 의미합니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

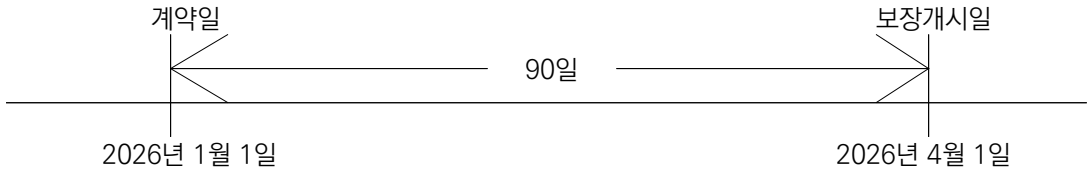
【연간에 대한 예시】



⑤ 제1항 내지 제2항에서 "보장개시일"이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날

입니다.

【보장개시일[예시]】



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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제4조(“암(기타피부암및갑상선암제외)”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암및갑상선암제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④ “암(기타피부암및갑상선암제외)” 및 “기타피부암”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암(기타피부암및갑상선암제외)” 및 “기타피부암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ “갑상선암”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(기타피부암및갑상선암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("하이클래스 암 주요치료"등의 정의)

① "하이클래스 암 주요치료"라 함은 "하이클래스 암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료" 및 "하이클래스 기타피부암및갑상선암 주요치료"을 의미합니다.

② "하이클래스 암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료"라 함은 "암(기타피부암및갑상선암제외)"을 제거하거나 "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 수술"을 받은 경우
2. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
3. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받은 경우

③ "하이클래스 기타피부암및갑상선암 주요치료"라 함은 "기타피부암" 또는 "갑상선암"을 제거하거나 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 수술"을 받은 경우
2. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
3. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받은 경우

④ 제1항 내지 제3항의 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제3항의 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑥ 제2항 제1호 및 제3항 제1호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 수술"은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항의 "비급여" 또는 제5항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

⑦ 제2항 제2호 및 제3항 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암방사선치료료가 제4항의 "비급여" 또는 제5항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑧ 제2항 제3호 및 제3항 제3호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항의 "비급여" 또는 제5항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑨ "하이클래스 암 주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬관련치료제

【호르몬 관련 치료제】

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

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
8. 기타 "하이클래스 암 주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 비용 (진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

⑩ 제1항의 “하이클래스 암 주요치료”에는 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

⑪ 본 특별약관에서 보장하거나 인정하는 치료는 국내외 의학적 근거와 임상 지침에 기반하여 의학적 합리적 컨센서스가 형성된 치료로 한정하며, 의학적 유효성 또는 안전성에 대한 근거가 부족하거나 전문가 집단 간 합의가 이루어지지 않은 치료, 수술 또는 약제는 본 특별약관 계약의 적용 대상에서 제외합니다.

제6조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암(기타피부암및갑상선암제외)”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(기타피부암및갑상선암제외)”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 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 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

제7조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암(기타피부암및갑상선암제외)”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암(기타피부암및갑상선암제외)”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(“종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 상기 종합병원은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제9조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항의 보장개시일의 전일 이전에 “암(기타피부암및갑상선암제외)”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제5항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 영수증, 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 의사 소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-49. 간편고지(3.5.5) 암 MRI검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단 및 치료를 목적으로 암 MRI검사(급여)를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 MRI검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다.

〈최초계약〉

구 분		지급금액
암 MRI검사지원비(급여,연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

〈갱신계약〉

구 분	지급금액
암 MRI검사지원비(급여,연간1회한)	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.

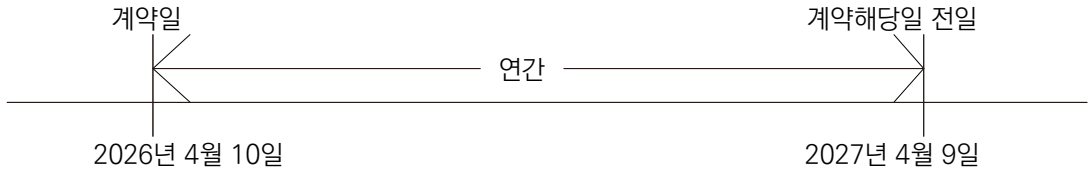
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제3조("암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또

는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“암MRI검사”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “암 MRI검사지원비(급여)”라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 질병의 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 개정으로 급여 의료행위 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 질병의 의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “암 MRI검사지원비(급여)”은 「국민건강보험법」에서정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “암 MRI검사지원비(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(MRI 검사결과지 등 검사결과지 포함), 진료비계산서, MRI 촬영목적이 기재된 소견서 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-50. 간편고지(3.5.5) PET검사지원비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다.)에 의하여 내려진 상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 PET검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다.

〈최초계약〉

구 분		지급금액
PET검사지원비(급여,연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

〈갱신계약〉

구 분	지급금액
PET검사지원비(급여,연간1회한)	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.

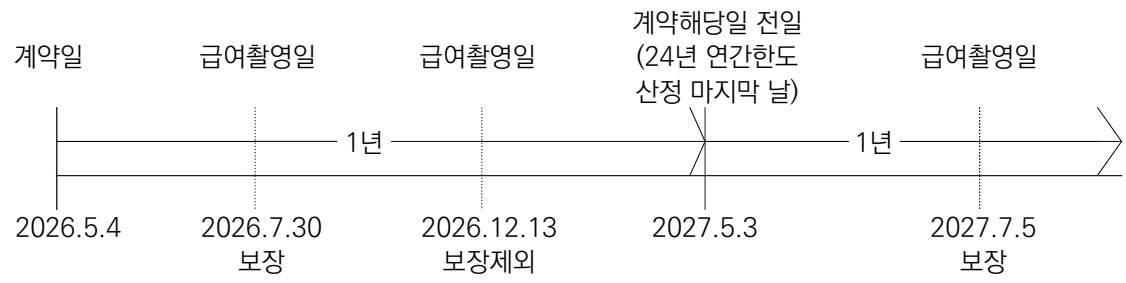
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도산정의 기준일자는 급여촬영 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

【연간1회한 보장예시】



제3조("양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서"양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 양전자방출단층촬영 PET "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

【양전자방출단층촬영】

양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

② 제1항의 "양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"는 "의사"에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 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.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), PET촬영목적이 기재된 소견서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-51. 간편고지(3.5.5) 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관

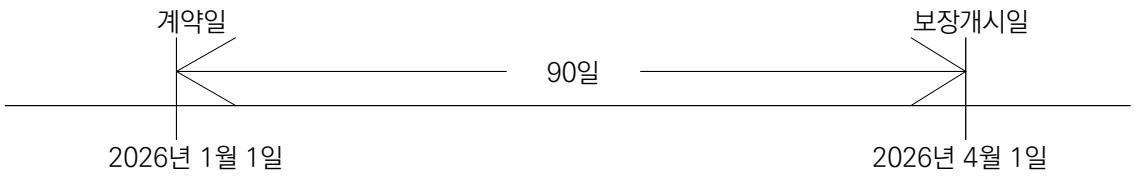
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 치료를 위한 필요소견을 토대로 특정NGS유전자패널검사(급여)를 받은 경우 연간 1회 한도로 아래의 금액을 특정NGS유전자패널검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
특정NGS유전자패널검사비 (급여,연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

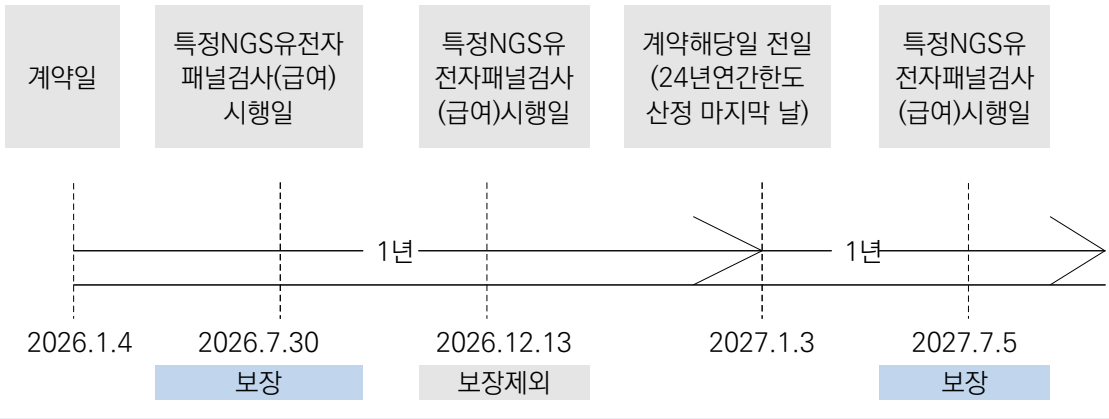
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「특정NGS유전자패널검사(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신

생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 “기타피부암”, “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다. 다만, “악성신생물(암)”(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태,Premalignant condition or condition with malignant potential)는 “암”에서 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

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

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“특정NGS유전자패널검사(급여)” 의 정의)

① 이 특별약관에서 “특정NGS유전자패널검사(급여)(【별표26】 급여 특정NGS유전자패널검사 분류표 참조)” 라 함은 「의료법」 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하‘의사’라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사로 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 "건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수"에서 정한 분류번호및 코드 중 아래의 "진료행위코드"에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

【차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사】

차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사는 기존 단일 유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사를 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

② 제1항의 「특정NGS유전자패널검사(급여)」는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 고시 제5조 (선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관」으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

③ 제1항의 「특정NGS유전자패널검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하'요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하'의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장 개시일을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사결과지 포함), 진료비계산서, 해당 검사내용이 기재된 소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-52. 간편고지(3.5.5) 유방 바늘생검 조직병리진단비(급여,연간1회한) 특별약관

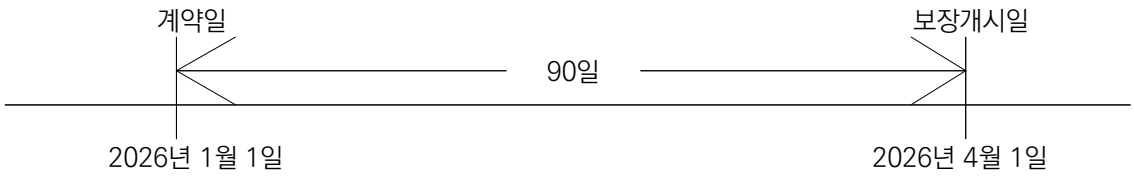
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 유방 바늘생검 조직병리진단(급여)을 받은 경우 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회 한도로 이 특별약관의 보험가입금액을 유방 바늘생검 조직병리진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
유방 바늘생검 조직병리진단비 (급여,연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

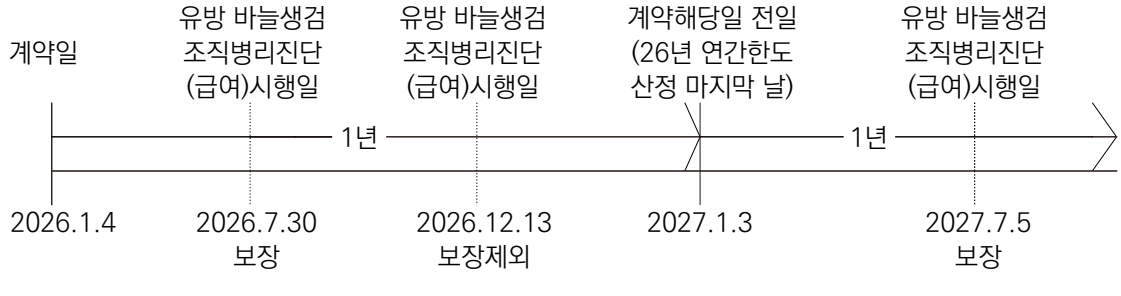
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「유방 바늘생검 조직병리진단(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

【연간1회한 보장예시】



제3조("유방 바늘생검 조직병리진단(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "유방 바늘생검 조직병리진단(급여)"라 함은【별표27】"유방 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표" 에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 "유방 바늘생검 조직병리진단(급여)"는 "국민건강보험법"에서 정한 요양급여 또는 "의료급여법"에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의 “유방 바늘생검 조직병리진단(급여)”는 보험기간 중 유방의 영상의학적 검사, 혈액검사,신체검사등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “유방 바늘생검조직병리진단(급여)” 의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 “유방 바늘생검 조직병리진단(급여)”을 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 병리검사결과지, 진료기록부(검사기록지 포함), 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-53. 간편고지(3.5.5) 갑상선 바늘생검 조직병리진단비(급여,연간1회한) 특별약관

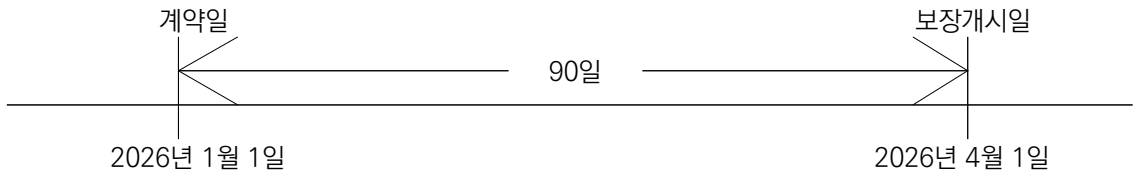
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)을 받은 경우 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선 바늘생검 조직병리진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
갑상선 바늘생검 조직병리진단비 (급여,연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

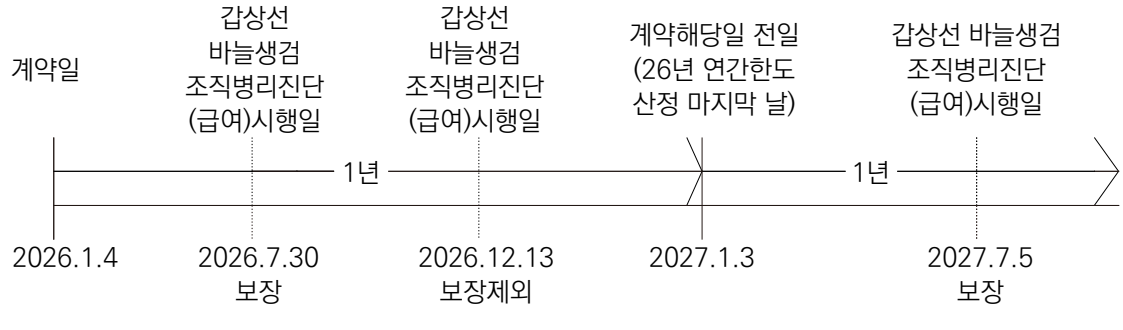
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

【연간1회한 보장예시】



제3조("갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)"라 함은【별표28】"갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표" 에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 "갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)"는 "국민건강보험법"에서 정한 요양급여 또는 "의료급여법"에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의 “갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)”는 보험기간 중 갑상선의 영상의학적 검사, 혈액검사,신체검사등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “갑상선 바늘생검조직병리진단(급여)” 의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 “갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)”을 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 병리검사결과지, 진료기록부(검사기록지 포함), 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-54. 간편고지(3.5.5) 자궁 생검 조직병리진단비(급여,연간1회한) 특별약관

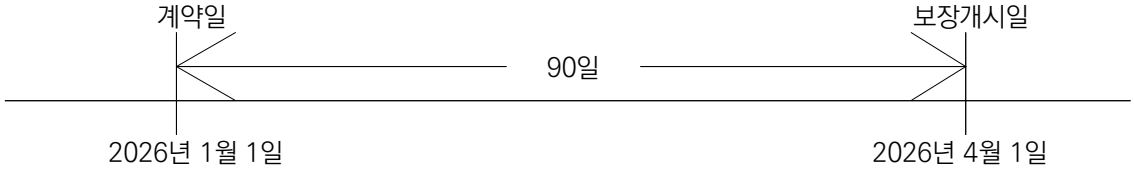
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 자궁 생검 조직병리진단(급여)을 받은 경우 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 자궁 생검 조직병리진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
자궁 생검 조직병리진단비 (급여,연간1회한)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

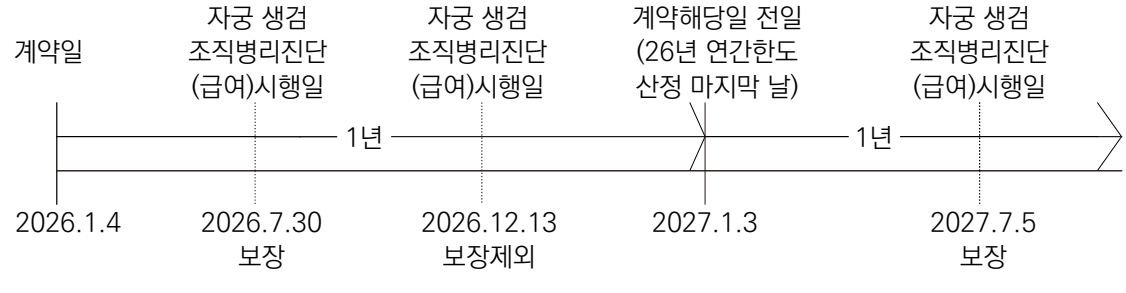
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

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

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「자궁 생검 조직병리진단(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

【연간1회한 보장예시】



제3조("자궁 생검 조직병리진단(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "자궁 생검 조직병리진단(급여)"이라 함은 【별표29】 "자궁 생검 조직병리진단(급여) 분류표" 에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 "자궁 생검 조직병리진단(급여)"는 "국민건강보험법"에서 정한 요양급여 또는 "의료급여법"에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의 "자궁 생검 조직병리진단(급여)"는 보험기간 중 자궁의 영상의학적 검사, 세포검사, 질확대경검사, 혈액검

사, 신체검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "자궁 생검조직병리진단(급여)" 의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일의 전일 이전에 "자궁 생검 조직병리진단(급여)"을 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 병리검사결과지, 진료기록부(검사기록지 포함), 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-55. 간편고지(3.5.5) 보험료납입지원(유사암진단) 특별약관

제1조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 기본계약의 보험료납입기간과 동일합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험료 납입면제형에 가입한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험료 납입지원기간 동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 아래의 금액을 지급합니다.

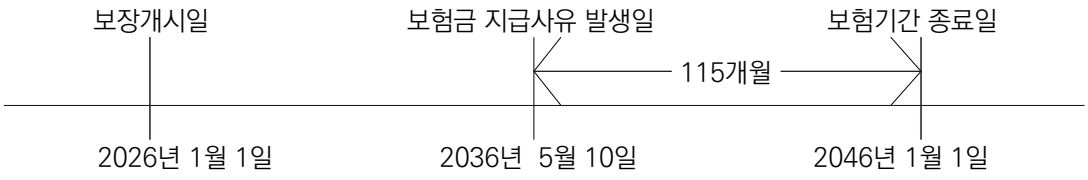
구 분	1회 지급액	지급방법
보험료납입지원(유사암진단)	이 특별약관의 보험가입금액 × 당해연도 납입지원 개월수	보험료 납입지원기간동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 지급금액 확정지급

② 제1항에서 보험료 납입지원기간이라 함은 이 특별약관의 보험금 지급사유 발생일로부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 기간을 말합니다.

③ 제1항에서 당해연도 납입지원 개월수라 함은 이 특별약관의 보험금 지급사유 발생일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 보험금 지급사유 발생일(최초 보험금 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 월단위 기간(월단위 미만의 끝수는 버립니다)을 말합니다. 단, 보험기간 종료일이 포함되어 있는 당해연도의 경우, 보험기간 종료일 전일까지의 월단위 기간을 말합니다.

【보험금 지급 예시】

보험료납입지원(유사암진단) 가입금액 10만원, 보험료 납입기간 20년 가입시



【지급금액】

지급시기	당해연도 납입지원 개월수	지급금액
2036년 5월 10일	12개월	120만원
2037년 5월 10일	12개월	120만원
2038년 5월 10일	12개월	120만원
2039년 5월 10일	12개월	120만원
2040년 5월 10일	12개월	120만원
2041년 5월 10일	12개월	120만원
2042년 5월 10일	12개월	120만원
2043년 5월 10일	12개월	120만원
2044년 5월 10일	12개월	120만원
2045년 5월 10일	7개월	70만원

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

④ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입보장(유사암진단)은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 "평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액"과 "이 특별약관의 보장부분 적용이율(보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다)을 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급합니다.

제4조("기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표7】『제자리신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표8】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

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

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

⑦ 제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험료납입지원(유사암진단) 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)(납입면제형에 한함)에서 정한 납입면제사유가 발생하는 경우 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-56. 간편고지(3.5.5) 보험료납입면제대상Ⅳ 특별약관

제1조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 기본계약의 보험료납입기간과 동일합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 보험료 납입면제형(암)에 가입한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '암(유사암 제외)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 이 때, 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날입니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조("암(유사암제외)"등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험료납입면제대상 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-1. 간편고지(3.5.5) 유방절제수술비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접적인 원인으로 유방절제수술(Total Mastectomy)을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방절제수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자의 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제4조(“유방절제수술”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 “유방절제수술”이라 함은 “유방절제수술 분류표”(【별표30】『유방절제수술 분류표』참조)에서 정한 수술을 말합니다.

② 단, 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 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 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방절제수술비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-2. 간편고지(3.5.5) 보험료납입면제대상 II 특별약관

제1조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 기본계약의 보험료납입기간과 동일합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 보험료 납입면제형(5대)에 가입한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

① 상해 또는 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】「장해분류표」 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우

② 피보험자가 보험기간 중 '뇌졸중' 또는 '급성심근경색' 으로 진단확정된 경우

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '암(유사암 제외)'으로 진단확정된 경우

④ 제3항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】「장해분류표」 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③ 장해분류표(【별표1】「장해분류표」 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표1】「장해분류표」 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】「장해분류표」 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】「장해분류표」 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준 에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】「장해분류표」 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상

태가 발생하였을 경우

⑧ 동일한 사고로 인하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 해당하는 사유가 두 가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 보험료납입면제대상 보험금만을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

⑩ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조("암(유사암제외)"등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】『악성신생물(암) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

⑥ 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "뇌졸중"(【별표4】『뇌졸중 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑦ "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "뇌졸중"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌졸중"으로 확정되거나 추정되는 경우

⑧ 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 "급성심근경색증"(【별표5】『급성심근경색증 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑨ "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "급성심근경색증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험료납입면제대상 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

Ⅲ. 제도성 특별약관

3-1. 피보험자추가 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자 이외에 아래의 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 합니다.

1. 본인의 배우자
2. 본인의 부모
3. 배우자의 부모
4. 본인 또는 배우자의 자녀
5. 본인의 형제·자매

② 제1항의 피보험자는 최초계약체결시 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 자를 말합니다.

제2조(피보험자의 변경)

피보험자가 이 보험에서 담보하지 않는 사유로 사망한 경우에 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3-2. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 계약(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

④ 계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하던 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급하며, 보험료 납입면제 사유에 해당하는 경우 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차(1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125씨씨 이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다))와 배기량이 50씨씨 미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.

③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

3-3. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.

② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제1절 제19조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입 일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

3-4. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특별약관은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.

② 제1조(적용대상)의 계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 보험금의 지정대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정을 포함합니다)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)

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(사망보험금은 제외합니다)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

3-5. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 해당계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자의 청약(또는 신청)과 우리 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력(계약 전 알릴의무 사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한하며, 이 특별약관을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 보험계약에서 정한 보장 개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 보험계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 보험계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

① 보험계약에 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 제2항의 조건을 부가합니다.

② 이 특별약관에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 진단확정된 질병으로 "장해분류표"(【별표1】『장해분류표』 참조)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

1. 【별표31】『특정부위 분류표』 중에서 회사가 지정한 부위(이하 "특정부위"라 합니다.)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다.)
2. 【별표32】『특정질병 분류표』 중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라합니다.)

③ 제2항의 면책기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 "1개월부터 5년" 또는 "보험계약의 보험기간"으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

④ 제3항에도 불구하고 보험업법 제97조 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 '유사계약'이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 면책기간 종료일 이내에서 계약의 면책기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(재진단·치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

⑤ 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병 또는 제2항 제2호에서 지정한 특정 질병에 대해서 청약일 이후 5년이 경과하는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없이 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다. 단, 계약 청약일 현재 면책기간을 「계약의 보험기간」으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않았다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

⑥ 제5항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

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

⑦ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지

급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

⑧ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단 자료로 하여 결정합니다.

⑩ 제2항의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

3-6. 장애인전용보험전환 특별약관

제1조(적용범위)

① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」 에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【소득세법 제59조의4 (특별세액공제)】

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

【소득세법 시행령 제118조의4 (보험료세액공제)】

① 법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험 · 공제로서 보험 · 공제 계약 또는 보험료 · 공제료 납입영수증에 장애인전용 보험 · 공제로 표시된 보험 · 공제의 보험료 · 공제료를 말한다.

② 법 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험 · 보증 · 공제의 보험료 · 보증료 · 공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재 · 도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험 · 보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

【소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)】

영 제118조의4 제2항 각호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」 에서 규정한 장애인인 보험

【「소득세법 시행령 제107조 (장애인의 범위)」에서 규정한 장애인】

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)부터 10)까지 외의 부분 전단에 따른 희귀성난치질환등 또는 이와 유사한 질병 · 부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료기관의 장이 취업 · 취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위 등)】

1. 영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

2. 영 제107조 제2항 각 호 외의 부분 단서에서 “기획재정부령으로 정하는 서류”란 같은 조 제1항 제1호 및 제2호에 따른 장애인에 대한 추가공제에 관한 서류로서 소득공제 명세를 일괄적으로 적어 국세청장이 발급하는 서류를 말한다.

【특별약관을 적용할 수 없는 사례1】

전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

【특별약관을 적용할 수 없는 사례2】

전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

【특별약관을 적용할 수 없는 사례3】

전환대상계약의 피보험자 및 보험수익자가 비장애인이고 법정상속인이 장애인인 경우
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하 “장애인증명서”라 합니다)을 제출하여 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【사례】

2026년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2026년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2026년 1월 15일~ 2026년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2026년 6월 1일~2026년 12월 31일) 납입된 보험료만 2026년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해연도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류)제 1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【사례】

2026년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2026년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2026년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(적용범위)제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조 (적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

3-7. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 (이하 "전자서명"이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등) 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(보험계약자의 알릴의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소 등을 지정하여 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소 등이 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소 등을 사실과 다르게 알리거나 알리지 않는 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소 등으로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소 등을 사실과 다르게 알리거나 알리지 아니하여 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

3-8. 보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 체결)

이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)의 계약내용 변경으로 인해 계약자적립액의 차이가 발생하고 이에 따라 계약자가 추가납입하여야 할 금액 중 이 특별약관의 사업방법서에서 정한 적용대상 정산액(이하 '정산액'이라 합니다)이 발생한 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

제2조(특별약관의 효력)

① 제1조(특별약관의 적용범위 및 체결)에 따라 이 특별약관이 체결된 때(이하 '체결일'이라 합니다)부터 보험계약은 정산액을 일시에 납입한 것과 동일한 계약변경 효력을 가집니다.

② 계약자는 정산액을 대신하여 분할납입기간 동안 분할납입금액에 체결일 시점의 평균공시이율로 계산한 이자비용을 더한 금액(이하 '최종분할납입금액'이라 합니다)을 매 납입기일까지 납입하여야 합니다. 분할납입금액 및 이자비용에 대한 계산은 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 정한 바를 따릅니다.

③ 제2항의 납입기일은 체결일 이후부터 도래하는 보험계약 보통약관의 납입기일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자 또는 피보험자가 최종분할납입금액의 납입 완료 이전에 보험료, 계약자적립액 등에 영향을 미칠 수 있는 계약내용을 변경하는 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다.

⑥ 보험기간이 끝난 때에 최종분할납입금액의 납입이 완료되지 않은 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다. 계약자가 잔여 분할납입금액을 납입하지 않은 때에는 회사는 잔여 분할납입금액에 이자비용을 더한 금액을 만기환급금에서 차감하여 지급할 수 있습니다.

⑦ 보험계약의 해약환급금 지급사유가 발생한 때에 최종분할납입금액의 납입이 완료되지 않은 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다. 계약자가 잔여 분할납입금액을 납입하지 않은 때에는 회사는 잔여 분할납입금액에 이자비용을 더한 금액을 해약환급금에서 차감하여 지급할 수 있습니다.

⑧ 제4항 내지 제7항에 따라 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하는 경우 잔여 분할납입금액에 직전 최종분할납입금액 납입일 시점부터 일시납입 시점까지의 경과기간에 대한 이자비용을 더하여 납입하여야 합니다. 이자비용에 대한 계산은 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 정한 바를 따릅니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 계약자가 최종분할납입금액의 납입을 완료한 때에는 납입을 완료한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 최종분할납입금액의 납입이 완료되기 전에 사망하였을 경우 제2조(특별약관의 효력) 제8항에서 정한 일시 납입금액을 계약자적립액에서 차감하여 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 최종분할납입금액을 납입기일까지 납입하지 않아 납입이 연체중인 경우 회사는 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)와 보험계약의 해지를 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

3-9. 보험금 선지급 특별약관

제1조(적용범위)

이 특별약관은 이 특별약관의 사업방법서 별지에서 정한 '보험금 선지급 적용 대상 상품' 및 '보험금 선지급 적용 대상 특별약관'에 해당하고, 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 이 특별약관을 적용합니다.

1. 이 특별약관이 부가된 상품의 계약체결일이 2026년 1월 1일 이후인 경우
2. '보험금 선지급 적용 대상 특별약관' 계약이 유효한 경우

제2조(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관이 부가된 '보험금 선지급 적용 대상 특별약관'의 보험기간 중에 보장개시일 이후 보험금의 지급사유에서 정한 치료 또는 수술(이하 '치료'라 합니다)을 받기 위해 치료일자 또는 수술일자(이하 '치료일자'라 합니다) 예약 후, 보험수익자가 제3조('선지급 보험금'의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 '선지급 보험금'을 지급할 수 있습니다. 단, 예약된 실제 치료일자 이후에 선지급 보험금을 청구한 경우에 해당하거나 치료 이전에 행하는 검사를 포함한 준비, 계획 단계상의 의료행위(모의치료 포함)는 '선지급 보험금' 대상에서 제외하며, 보험금의 지급사유에 해당하는 실제 치료를 기준으로 적용합니다. 또한 예약된 치료와 예약일에 행하는 실제 치료는 동일해야 합니다.

② 제1항의 '선지급 보험금'이란 예약된 치료일자를 기준으로, '보험금 선지급 적용 대상 특별약관'에서 정한 보험금의 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, '선지급 보험금'은 500만원을 한도로 합니다.

③ '선지급 보험금'을 청구한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 '선지급 보험금'은 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

④ 회사가 '선지급 보험금'을 지급한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 '보험금 선지급 적용 대상 특별약관'에서 정한 보험금의 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 '선지급 보험금'과 변경된 예약내용에 따라 계산된 '선지급 보험금'의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 '선지급 보험금'을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 '보험금 선지급 적용 대상 특별약관'에서 정한 보험금의 지급사유에 해당되지 않는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 '선지급 보험금' 및 평균공시이율로 계산한 '선지급 보험금'의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야합니다.

⑥ 회사가 '선지급 보험금'을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 '보험금 선지급 적용 대상 특별약관'에서 정한 보험금의 지급사유에 따라 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 보험금의 지급사유에 따라 지급되는 보험금에서 '선지급 보험금'을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자 이후에 회사는 제5항에서 정한 '선지급 보험금'의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 단, 피보험자가 이에 협조하지 않는 경우 이미 지급된 '선지급 보험금'은 반환하여야합니다

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 '선지급 보험금' 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 '선지급 보험금' 및 평균공시이율로 계산한 '선지급 보험금'의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 '선지급 보험금'에 대한 반환금이 발생한 경우에는 '보험금 선지급 적용 대상 특별약관'에서 정한 보험금의 지급사유 발생 시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 '선지급 보험금'을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 '선지급 보험금'을 청구할 수 없습니다.

제3조('선지급 보험금'의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
5. 의사가 작성한 치료수술계획(치료일자 또는 수술일자, 치료명 또는 수술명)이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 회사가 인정한 양식의 치료 예약확인서 또는 수술 예약확인서, 진료기록부(치료 또는 수술은 보험금의 지급사유에 해당하는 실제 치료 또는 수술을 기준으로 적용하며, 치료 또는 수술 이전에 행하는 검사를 포함한 준비, 계획 단계상의 의료행위(모의치료 포함)를 제외함)

6. 회사가 정한 반환약정서

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

3-10. 보험료 납입유예 특별약관

제1조(목적)

이 특별약관은 회사가 별도로 정하는 보험상품에 대하여 보험계약(특별약관이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특별약관을 포함합니다)의 보험료 납입을 유예하는 것을 목적으로 합니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 해당계약 : 이 특별약관이 부가된 보험계약을 말합니다. 이때, 보험계약은 계약에 부가된 모든 보장성보험을 말합니다.
2. 해당계약 보험료 : 계속 납입하기로 약정한 해당계약의 보험료(이하 '보험료'라 합니다)를 말합니다. 단, 보험료의 대체납입으로 인하여 적립부분 계약자적립액에서 대체 납입하기로 약정한 보험료는 제외합니다.

제3조(신청대상에 관한 사항)

① 이 특별약관은 해당계약의 계약자가 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다.

1. 「계약자 또는 계약자의 배우자(보험료 납입유예 신청일 기준 가족관계증명서 또는 주민등록등본상의 배우자로 하며, 이하 같습니다)」의 출산일로부터 1년 이내인 경우. 이때, 출산은 유산 및 사산은 포함하지 않습니다.
2. 「계약자 또는 계약자의 배우자」가 육아휴직(육아기 근로시간 단축을 포함합니다) 기간 중인 경우

② 제1항 제2호의 육아휴직은 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 및 「국가공무원법」 등 관계 법령에서 정한 바에 따르며, 해당 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 적용대상의 기준이 변경된 경우에는 보험료 납입유예 신청 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

【육아휴직】

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조(육아휴직), 「국가공무원법」 제71조(휴직)에 따라 근로자 또는 공무원이 만8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 휴직을 말합니다.

【육아기 근로시간 단축】

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조의2(육아기 근로시간 단축), 「국가공무원법」 제26조의2(근무시간의 단축 임용등)에 따라 근로자 또는 공무원이 만12세 이하 또는 초등학교 6학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 근로시간 단축을 말합니다.

제4조(보험료 납입유예 신청에 관한 사항)

① 계약자는 해당계약 기본계약의 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 계약자가 제3조(신청대상에 관한 사항)에 따른 적용대상에 해당하는 경우 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시중지(이하 '납입유예'라 합니다)를 신청할 수 있습니다. 이때, 계약자는 납입유예 신청시 보험료 납입이 유예될 기간(이하 '납입유예기간'이라 한다)을 「6개월 또는 12개월」 중 하나의 기간으로 선택해야합니다. 이때 납입유예기간은 해당계약 기본계약의 보험료 납입주기 이상으로 선택 가능합니다.

【유의사항】

기본계약의 보험료 납입주기가 "연납"인 경우에는 납입유예기간은 12개월에 한하여 선택이 가능합니다.

② 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입유예를 신청하여야 합니다.

1. 보험료 납입유예 신청서(회사 양식)
2. 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)을 확인할 수 있는 서류
   가. 출산 : 출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서
   나. 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) : 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 확인서, 주민등록등본, 가족관계증명서
3. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 신청할 수 없습니다.

1. 이미 납입유예를 신청한 경우(제5조 제8항에 따라 취소한 경우 및 다른 제도성 특별약관을 통해 납입유예를 신

청한 경우를 포함)

2. 해당계약의 기본계약 보험료 납입이 완료된 계약(기본계약의 보험료가 납입면제된 계약 및 기본계약의 보험료 납입기간이 지난 계약을 포함) 또는 기본계약의 보험료 의무납입이 종료된 계약
3. 보험료 납입연체가 있는 경우. 다만, 연체된 보험료를 모두 납입한 경우 납입유예 신청이 가능합니다.
4. 보험료 납입 일시중지, 자동대출납입 또는 전액자동대체납입이 적용된 계약
5. 중도인출 또는 보험계약대출이 적용된 계약
6. 해당계약 기본계약의 잔여 납입기간(기본계약이 갱신형인 경우 기본계약 갱신일까지의 잔여 납입기간)이 2년 미만인 경우. 단, 기본계약의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우에 해당되는 경우, 6개월 납입유예만 신청이 가능합니다.
7. 납입유예기간 동안 납입하지 않을 해당계약 보험료(이하 '납입유예 보험료'라 합니다) 총액이 납입유예 신청 시점 해당계약의 해약환급금(단, 보험료의 대체납입으로 인하여 적립부분 계약자적립액에서 대체납입 예정인 보험료가 있는 경우 해당 금액을 해약환급금에서 차감합니다)을 초과하는 경우. 단, '납입유예기간 중 갱신형 특별약관의 갱신일이 도래하여 납입유예기간 동안 납입유예 보험료가 해당계약의 해약환급금을 초과하는지 판단할 수 없는 경우'에는 납입유예 신청일 기준의 갱신형 보험의 요율에서 갱신시 연령증가분만 반영하여 초과 여부를 판단합니다.
8. 납입유예기간 동안 적립부분 계약자적립액에서 대체납입 예정인 보험료가 적립부분 계약자적립액을 초과하는 날이 있는 경우

제5조 (보험료 납입유예에 관한 사항)

① 납입유예를 신청한 경우 계약자는 신청 이후 최초 도래하는 해당계약의 납입기일부터 납입유예기간 동안 보험료를 납입하지 않으며 이 경우에도 회사는 납입유예기간 동안 보험료가 정상적으로 납입된 경우와 동일하게 보장하고, 계약자적립액 등을 계산합니다.

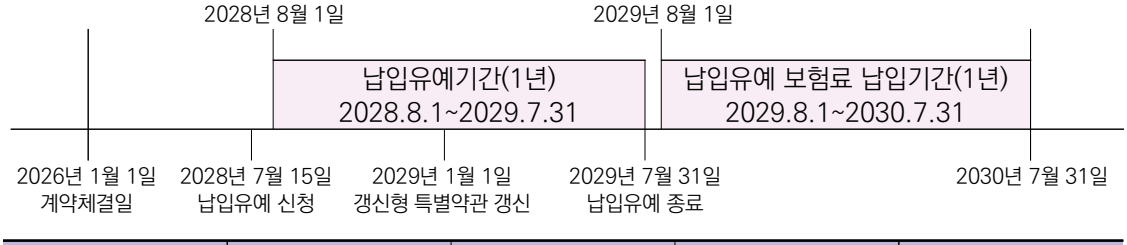
② 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일부터 납입유예기간과 동일 기간(이하 '납입유예 보험료 납입기간'이라 한다)동안 납입유예 보험료를 납입유예 보험료 납입기간의 보험료와 함께 납입해야 합니다. 이때, 납입유예 보험료 납입기간의 보험료란 납입유예 신청 전의 해당 기간 납입기일에 정상적으로 납입해야 할 보험료(이하 '납입유예 보험료 납입기간 정상보험료'라 한다)를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 적립보험료의 경우 보험료 납입유예를 적용하지 않습니다. 즉, 납입유예기간 동안 적립보험료의 납입을 중지하며, 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일로부터 적립보험료의 납입을 재개합니다.

④ 제2항에서 납입유예기간 중 해당계약 갱신형 특별약관의 갱신일 도래시, 갱신형 특별약관의 납입유예 보험료는 갱신일 이전기간에 대해서는 갱신 전 보험료, 갱신일 이후 기간에 대해서는 갱신 후 보험료로 합니다.

【보험료 납입유예 예시】

기준: 기본계약 세만기(월납, 20년납), 갱신형 특별약관 갱신주기 3년, 납입기일 매월 1일, 납입유예기간 1년



구 분	납입보험료	납입유예기간	납입유예 보험료 납입기간	납입유예 보험료
기본계약	10만원	2028.8.1 ~ 2029.7.31 (1년)	2029.8.1 ~ 2030.7.31 (1년)	10만원 X 12회
갱신형 특별약관	최초계약: 3만원 1회차 갱신계약: 4만원			최초계약: 3만원 X 5회 1회차 갱신계약: 4만원 X 7회

⑤ 납입유예 보험료 납입기간 동안 납입유예 보험료와 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 납입하지 않아 보험료의 납입이 연체되는 경우에는 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에 따라 해당계약은 해지될 수 있습니다. 이때, 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서의 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 보며, '납입최고(독촉)기간

이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용'에는 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료 전액이 차감된다는 내용을 포함합니다.

⑥ 제5항에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이때, 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에서의 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 봅니다.

⑦ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 해당계약 전체 또는 일부의 보험료 납입면제 사유 발생으로 보험료가 납입면제 된 경우, 계약자는 즉시 납입면제 되기 전까지의 해당계약의 납입유예 보험료 전체를 일시 납입하여야 하며, 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 납입유예 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 해지될 수 있습니다.

⑧ 계약자는 납입유예기간 동안 보험료를 납입할 수 없으며, 계약자가 납입유예기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입유예 취소 신청을 하고 보험료를 납입할 수 있습니다. 이 경우 납입유예기간은 그 때부터 종료되며, 계약자는 납입유예기간 종료 후 도래하는 해당계약 보험료 납입기일까지 해당계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 또한 납입유예 취소 신청시 납입유예 취소 신청전까지의 납입유예 보험료 전액을 일시에 납입하여야 합니다.

⑨ 제2항에도 불구하고 계약자의 선택에 따라 납입유예 보험료 납입기간 중에 납입유예 보험료를 일시에 납입하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

⑩ 제2항에도 불구하고 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 선납하고자 하는 경우에는 납입유예 보험료를 일시에 납입해야 합니다. 이때, 선납 할인이 있는 경우에도 납입유예 보험료는 선납 할인 대상에서 제외합니다.

⑪ 제9항 및 제10항의 경우 납입유예 보험료 납입기간은 종료된 것으로 봅니다.

⑫ 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 보험가입금액 감액, 계약자, 납입기간 및 기타 계약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑬ 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 중도인출, 보험계약대출 및 중도부가서비스를 신청할 수 없습니다.

⑭ 회사는 납입유예기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입유예기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항 및 납입유예 신청 및 처리로 인해 계약에 적용되는 주요사항을 전자문서 등의 방법으로 안내합니다.

⑮ 회사는 해당계약의 전부 또는 일부에 대해 해약환급금 또는 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우 지급사유가 발생하기 전까지의 '각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료'를 해약환급금 또는 보험금에서 차감하여 지급하거나, 일시 납입을 요구할 수 있으며 이 경우 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

무배당 하나더스마트 3.5.5 간편 여성건강보험
별 표

【별표1】 장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.

2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.

3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.

4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.

2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.

4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 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.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 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) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.

4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 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(장해 진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때' 라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.

12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 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 1/2 이상 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

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

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.

4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 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 1cm이하로 제한되는 경우
   다) 위 · 아래턱(상 · 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 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 2cm이하로 제한되는 경우
   다) 위 · 아래턱(상 · 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위 · 아래턱(상 · 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌 · 중추신경계 손상(정신 · 인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계 · 정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.

2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.

3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.

5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 5cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 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 '〈붙임2〉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 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 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 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 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

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

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

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

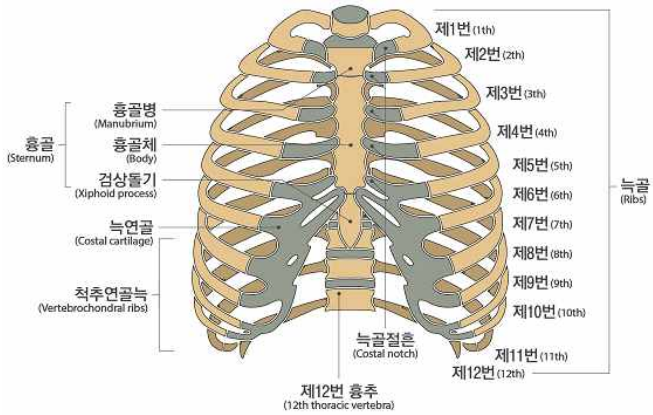
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

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

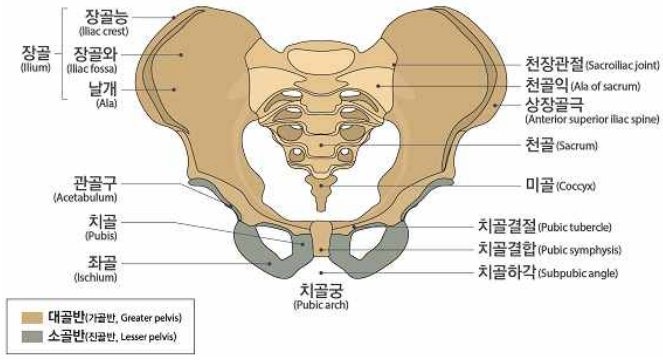
4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



【가슴뼈】



【골반뼈】



8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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), 손목관절(완관절)을 말한다.

5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.

   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 '〈붙임2〉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 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

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

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

3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.

4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.

5) '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 '〈붙임2〉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 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 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)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) '손가락에 뚜렷한 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 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인

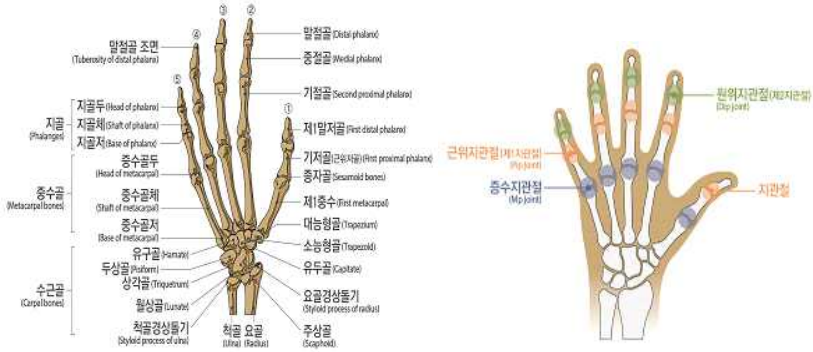
경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 '〈붙임2〉산업재해보상보험법 시행규칙' 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



【손가락】



11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

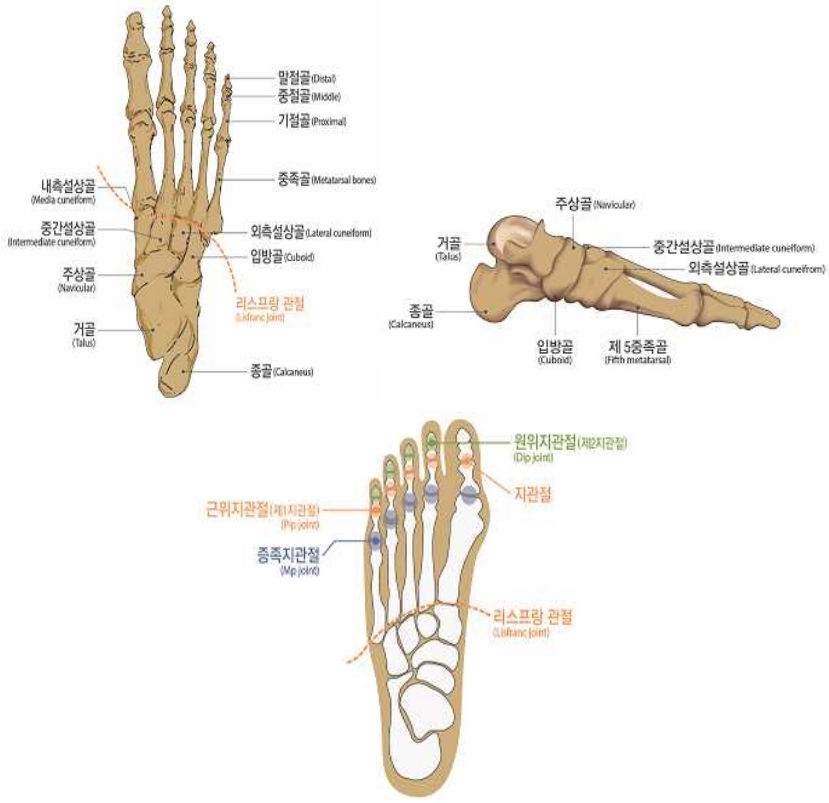
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 '〈붙임2〉산업재해보상보험법 시행규칙' 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



【발가락】



12. 흉 · 복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT) 상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '〈붙임1〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계 · 정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "〈붙임1〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 "〈붙임1〉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 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간 중에 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 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준'[주] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장해측정기준의 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 일반 공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 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 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

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

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

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

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

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

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) "뇌전증"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "심한 뇌전증 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) "뚜렷한 뇌전증 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) "약간의 뇌전증 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

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

【붙임1】 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 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%)
옷 입고 벗기	- 상 · 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상 · 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상 · 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【붙임2】 산업재해보상보험법 시행규칙

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

【별표2】 악성신생물(암) 분류표

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

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 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 기타부분의 악성신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표

약관에 규정하는 기타피부암 및 갑상선암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 기타 피부의 악성신생물 2. 갑상선의 악성신생물	C44 C73

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표4】 뇌졸중 분류표

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

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표5】 급성심근경색증 분류표

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

대 상 질 병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표6】 유방암 및 생식기암 분류표

약관에 규정하는 유방암 및 생식기암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 여성 생식기관의 악성신생물	C51~C58
3. 남성 생식기관의 악성신생물	C60~C63

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표7】 제자리신생물 분류표

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

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표8】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

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

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 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 중추 신경계통의 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

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표9】 고액치료비암 분류표

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

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 수막, 뇌 및 기타 중추신경계통의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표10】 11대특정암 분류표

약관에 규정하는 11대특정암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 위의 악성신생물	C16
3. 췌장의 악성신생물	C25
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
7. 담낭의 악성신생물	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
9. 기관의 악성신생물	C33
10. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
11. 소장의 악성신생물	C17

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표11】 갑상선암 분류표

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

대 상 질 병	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표12】 통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함) 분류표

약관에 규정하는 통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)의 해당 여부를 판단합니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
입술,구강및인두암	입술의 악성 신생물	C00
	혀뿌리의 악성 신생물	C01
	혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C02
	잇몸의 악성 신생물	C03
	입바닥의 악성 신생물	C04
	구개의 악성 신생물	C05
	입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C06
	귀밑샘의 악성 신생물	C07
	기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
	편도의 악성 신생물	C09
	입인두의 악성 신생물	C10
	비인두의 악성 신생물	C11
	이상동(梨狀洞)의 악성 신생물	C12
	하인두의 악성 신생물	C13
	입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C14
특정호흡기및흉곽내기관암	비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	부비동의 악성 신생물	C31
	후두의 악성 신생물	C32
	흉선의 악성 신생물	C37
	심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
	종격의 이차성 악성신생물(암)	C78.1
	흉막의 이차성 악성신생물(암)	C78.2
	기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.3
눈,뇌,중추신경계통및내분비선암	눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	수막의 악성 신생물	C70
	뇌의 악성 신생물	C71
	척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
	부신의 악성 신생물	C74
	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
	뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물(암)	C79.3
	부신의 이차성 악성 신생물(암)	C79.7
뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암	사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
	피부의 악성 흑색종	C43
	중피종	C45
	카포시육종	C46
	말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
	기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
	후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물(암)	C78.6
	피부의 이차성 악성 신생물(암)	C79.2
	신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물(암)	C79.4
	골 및 골수의 이차성 악성 신생물(암)	C79.5
	기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.88
	상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.9
	부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
	독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
폐암Ⅱ	기관의 악성 신생물	C33
	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	폐의 이차성 악성신생물(암)	C78.0
소장및대장암	소장의 악성 신생물	C17
	결장의 악성 신생물	C18
	직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19

구분	대 상 질 병	분류번호
	직장의 악성 신생물	C20
	항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
	소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
	대장 및 직장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.5
	비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
	기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
	상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89
식도및위암	식도의 악성 신생물	C15
	위의 악성 신생물	C16
	위의 이차성 악성 신생물	C78.80
간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	담낭의 악성 신생물	C23
	담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	췌장의 악성 신생물	C25
	간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.7
	췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81
유방암	유방의 악성신생물	C50
	유방의 이차성 악성 신생물(암)	C79.80
특정여성생식기관암	외음의 악성 신생물	C51
	질의 악성 신생물	C52
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	태반의 악성 신생물	C58
	생식기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.81
자궁관련암	자궁경부의 악성 신생물	C53
	자궁체부의 악성 신생물	C54
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
난소암	난소의 악성 신생물	C56
	난소의 이차성 악성 신생물(암)	C79.6
비뇨기관암(요로암)	신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	신우의 악성 신생물	C65
	요관의 악성 신생물	C66
	방광의 악성 신생물	C67
	기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	신장 및 신우의 이차성 악성 신생물(암)	C79.0
	방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.1
혈액암	호지킨림프종	C81
	소포성 림프종	C82
	비소포성 림프종	C83
	성숙T/NK-세포림프종	C84
	기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
	T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
	악성 면역증식성 질환	C88
	다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
	림프성 백혈병	C91
	골수성 백혈병	C92
	단핵구성 백혈병	C93
	명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	상세불명 세포형의 백혈병	C95
	림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
	진성 적혈구증가증	D45
	골수형성이상증후군	D46
	만성 골수증식질환	D47.1
	본태성 혈소판혈증	D47.3
	골수섬유증	D47.4
	만성 호산구성 백혈병	D47.5

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 통합암Ⅱ(유사암제외,전이포함)의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표13】 유방암으로 인한 유방수술 분류표

유방암으로 인한 유방수술이란 유방의 악성신생물(C50)로 인한 유방수술로서 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)에 의한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.(국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)이 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.)

대상이 되는 수술	수술 및 처치코드
유방절개술	85.0
유방 조직의 절제 또는 파괴	85.2
축소 유방성형술 및 피부밑 유방절제술	85.3
유방절제술	85.4
확대 유방성형술	85.5
유방고정술	85.6
유방의 전체 재건	85.7
유방의 기타 수복 및 성형술	85.8
유방의 기타 수술	85.9
※ 단, 아래 의료 행위는 제외	
- 유방의 흡인	(85.91)
- 유방내 치료약물의 주입	(85.92)

【별표14】 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암 분류표

약관에 규정하는 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 여성 생식기관의 악성신생물	C51~C58
2. 여성생식기관의 제자리암종 자궁경부의 제자리암종 자궁내막의 제자리암종 외음의 제자리암종 질의 제자리암종 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 제자리암종	D06 D07.0 D07.1 D07.2 D07.3

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표15】 자궁적출수술 분류표

약관에 규정하는 자궁적출수술비의 자궁적출수술이란 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)에 의한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다. (국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)이 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.)

대상이 되는 수술	수술 및 처치코드
아전적 복식 자궁절제술(Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
전체적 복식 자궁절제술(Total abdominal hysterectomy)	68.4
질식 자궁절제술(Vaginal hysterectomy)	68.5
근치적 복식 자궁절제술(Radical abdominal hysterectomy)	68.6
근치적 질식 자궁절제술(Radical vaginal hysterectomy)	68.7
골반 장기 적출술(Pelvic evisceration)	68.8
기타 및 상세불명 자궁절제술(Other and unspecified hysterectomy)	68.9

【별표16】 8대기관 양성종양 및 용종 분류표

약관에 규정하는 8대기관 양성종양 및 3대기관 용종으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병		분류번호
간, 담관 및 췌장	1. 간의 양성신생물, 간내담관의 양성신생물 2. 간외담관의 양성신생물 3. 췌장의 양성신생물	D13.4 D13.5 D13.6
기관지 및 폐	기관지 및 폐의 양성신생물	D14.3
갑상선	갑상선의 양성신생물	D34
남성생식기관	남성생식기관의 양성신생물	D29
여성생식기관	1. 자궁의 평활근종 2. 자궁의 기타 양성신생물 3. 난소의 양성신생물 4. 기타 및 상세불명 여성생식기관의 양성신생물 5. 여성생식기관의 용종	D25 D26 D27 D28 N84
위·십이지장	1. 위의 양성신생물 2. 십이지장의 양성신생물 3. 위 및 십이지장의 용종	D13.1 D13.2 K31.7
대장	1. 맹장의 양성신생물 2. 충수의 양성신생물 3. 상행결장의 양성신생물 4. 횡행결장의 양성신생물 5. 하행결장의 양성신생물 6. 구불결장의 양성신생물 7. 상세불명의 양성신생물 8. 직장구불결장의 양성신생물 9. 직장의 양성신생물 10. 직장용종 11. 결장의 용종	D12.0 D12.1 D12.2 D12.3 D12.4 D12.5 D12.6 D12.7 D12.8 K62.1 K63.5

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표17】 8대기관 양성종양 및 용종 수술(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 8대기관 양성종양 및 3대기관 용종 수술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대 상 수 술		수가코드
내시경 종양제거 수술		Q7611~Q7789 QX706
간	간농양(낭종) 수술 가. 개복에 의한 흡입 나. 배액을 위한 간절개술 다. 조대술 라. 낭종적출술	 Q7211 Q7212 Q7213 Q7214
담낭 및 담도	담도낭종수술 가. 우회술 나. 절제술 담도종양수술 가. 양성	 Q7331 Q7332 Q7341
기관지 및 폐	폐쐐기절제술 가. 단일 나. 2-3개 다. 4-5개 라. 6개 이상 폐구역절제술 폐엽절제술 가. 단일폐엽절제술 나. 쌍폐엽절제술 다. 폐엽과 폐구역절제술 라. 소매폐엽절제술	 O1401 O1403 O1404 O1405 O1410 O1421 O1422 O1423 O1424
췌장	췌장가성낭종수술 가. 조대술 나. 외부배액법 다. 내부배액법 췌장양성종양(낭종, 선종) 절제	 Q7541 Q7542 Q7543 Q7550
갑상선	갑상선수술 가. 갑상선염전절제술 (1) 편측 (2) 양측 나. 갑상선염아전절제술 (1) 편측 (2) 양측 갑상선설관낭종절제술	 P4551 P4552 P4553 P4554 P4558
남성생식기관	외성기종양적출술 가. 양성	 R4001
여성생식기관	외음부종양적출술 가. 양성 질종양적출술 가. 양성 자궁근정절제술 가. 복부접근 (1) 단순 (2) 복잡 나. 질부접근 다. 복강경술 (1) 단순 (2) 복잡 자궁경하자궁근종절제술 가. 3cm 미만 나. 3cm 이상(다발성포함) 자궁경관점막폴립절제술	 R4066 R4070 R4124 R4127 R4123 R4128 R4129 R4125 R4126 R4240

	자궁경하자궁내막폴립절제술 부속기종양적출술 가. 양성	R4241, R4242 R4421
위	위폴립절제술	Q2521
대장	소장 또는 결장의 폴립절제술 장간막종양적출술 가. 장관절제를 동반하는것 나. 기타의 것 직장종양의 절제술 가. 경항문 접근 나. 경천골 또는 방천골 접근 다. 복부접근 라. 경항문 내시경적 미세수술	Q2645 Q2761 Q2762 Q2891 Q2890 Q2892 Q2893

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 ·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표18】 대장용종제거수술(급여) 분류표

약관에 규정하는 「대장용종제거수술(급여) 분류표」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
1. 결장경하 종양 수술-폴립 절제술	Q7701
2. 결장경하 종양수술-폴립절제술(1개이상시초과되는폴립1개당)	Q7702
3. 결장경하 종양 수술-점막절제술 및 점막하종양절제술	Q7703
4. 결장경하 종양 수술-점막하 박리절제술	QX706

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「대장용종제거수술(급여)」에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

【별표19】 암주요재활치료(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 급여 암 주요재활치료로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
단순운동치료[1일당](Simple Therapeutic Exercise)	MM101
운동치료 - 복합운동치료[1일당](Therapeutic Exercise-Complex)	MM102
운동치료 - 등속성운동치료[1일당](Therapeutic Exercise-Isokinetic)	MM103
재활기능치료 - 매트및이동치료(Rehabilitative Functional Training - Mattress or Mobilization Training)	MM301
재활기능치료 - 보행치료(Rehabilitative Functional Training-GaitTraining)	MM302
작업치료 - 단순작업치료(Occupational Therapy-Simple)	MM111
작업치료 - 복합작업치료(Occupational Therapy-Complex)	MM112
작업치료 - 특수작업치료(Occupational Therapy-Special)	MM113
일상생활동작훈련치료[1일당](Activities Of Daily Living Training)	MM114
압박치료[1일당](Pneumatic Compression)	MM190
복합림프물리치료[1일당](Complex Decongestive Physical Therapy)	MM200
연하재활기능적전기자극치료(Functional Electrical Stimulation for Rehabilitative Dysphagia Therapy)	MZ008
연하장애재활치료(Rehabilitative Dysphagia Therapy)	MX141
항문직장및골반근의생체되먹이기치료[1일당](Anorectal And Pelvic Muscle Biofeedback)	MX031

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표20】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

아래 "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 2025년 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.

식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은 '효능•효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. '표적항암제' 해당 여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인 하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문•영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 Aflibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염(미분화) Alectinib Hydrochloride Micronized	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 Afatinib Dimaleate	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 Axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밉일수화물 Bortezomib Monohydrate	화이자보르테조밉주3.5밀리그램(보르테조밉일수화물)
6	보르테조밉삼합체 Bortezomib Trimer	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)
7	카보잔티닙(S)-말산염 Cabozantinib (S)-malate	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)

8	카르필조밉 Carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
9	세리티닙 Ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
10	크리조티닙 Crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙메실산염(미분화) Dabrafenib Mesylate Micronized	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
12	다사티닙 Dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
13	엘로티닙염산염 Erlotinib Hydrochloride	엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정150밀리그램(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)
		에리니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정10밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정2.5밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정5밀리그램(에베로리무스)

15	게피티니브 Gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		제피티닙정250밀리그램(게피티니브)
16	겜투주맙오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주4.5밀리그램(겜투주맙오조가마이신)
17	길테리티닙푸마르산염 Gilteritinib fumarate	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
18	글로피타맙 Glofitamab	컬럼비주(글로피타맙)
19	이브루티닙 Ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
20	이매티닙메실산염 Imatinib Mesylate	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이마벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이마벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
21	익사조밉시트레이트 Ixazomib Citrate	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)

		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
22	라파티닙 디토실레이트 Lapatinib Ditosylate Monohydrate	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
23	렌바티닙메실산염 Lenvatinib Mesylate	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
24	렌바티닙메실산염디메틸설폭시드 Lenvatinib Mesylate Dimethylsulfoxide	렌바티닙캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염디메틸설폭시드)
		렌바티닙캡슐12밀리그램(렌바티닙메실산염디메틸설폭시드)
		렌바티닙캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염디메틸설폭시드)
25	닐로티닙염산염일수화물 Nilotinib Hydrochrloride Monohydrate	타시그나캡슐50밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
26	올라파립 Olaparib	린파자정100밀리그램(올라파립)
		린파자정150밀리그램(올라파립)
27	오시머티닙메실산염 Osimertinib Mesylate	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
28	팔보시클립 Palbociclib	랜클립정100밀리그램(팔보시클립)
		랜클립정125밀리그램(팔보시클립)
		랜클립정75밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐100밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐125밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐75밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정100밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정125밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정75밀리그램(팔보시클립)
		입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
29	파조파닙염산염 Pazopanib Hydrochloride	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
30	포나티닙염산염 Ponatinib Hydrochloride	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
31	라도티닙염산염 Radotinib Hydrochloride	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)

32	레고라페닙 regorafenib	레고라닙정40밀리그램(레고라페닙)
33	레고라페닙일수화물 Regorafenib Monohydrate	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
34	룩소리티닙인산염 Ruxolitinib Phosphate	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
35	소라페닙토실레이트(미분화) Sorafenib Tosylate Micronized	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
		소라닙정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
36	수니티닙말산염 Sunitinib Malate	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
37	템시롤리무스 Temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
38	트라메티닙디메틸설폭시드(미분화) Trametinib Dimethyl Sulfoxide Micronized	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
39	반데타닙 Vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
40	베무라페닙고체분산체 Vemurafenib Solid Dispersions	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
41	레날리도마이드 Lenalidomide	레날도캡슐5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
42	레날리도마이드무수물 Anhydrous Lenalidomide	레날리드정(레날리도마이드)
43	레날리도마이드반수화물 Lenalidomide Hemihydrate	레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)

		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
44	레날리도마이드수화물 Lenalidomide Hydrate	레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
45	브리가티닙 Brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
46	미도스타우린 Midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
47	모가물리주맙 Mogamulizumab	포텔리지오주20밀리그램(모가물리주맙)
48	모수네투주맙 Mosunetuzumab	룬수미오주(모수네투주맙)
49	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
50	니라파립토실산염일수화물 Niraparib Tosylate Monohydrate	제줄라정100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
		제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
51	퍼투주맙 Pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
52	퍼투주맙/트라스투주맙 Pertuzumab/Trastuzumab	페스코피하주사1200/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
		페스코피하주사600/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
53	트라스투주맙엠탄신 Trastuzumab Emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
54	트라스투주맙 Trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주440밀리그램(트라스투주맙)
		투젭타주150밀리그램(트라스투주맙)
		투젭타주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주150밀리그램(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙)
		허쥬마주150mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
55	트라스투주맙데룩스테칸 Trastuzumab deruxtecan	엔허투주100mg(트라스투주맙데룩스테칸)
56	오비누투주맙 Obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
57	실툭시맙 (단클론항체, 유전자재조합) Siltuximab (Monoclonal Antibody, rDNA)	실반트주100밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)

		실반트주400밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
58	세툭시맙 Cetuximab	얼비툭스주5mg/mL(세툭시맙)
59	블리나투모맙 Blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램 (블리나투모맙,유전자재조합)
60	브렌툭시맙베도틴 Brentuximab Vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
61	베바시주맙 Bevacizumab	아림시스주(베바시주맙)
		아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		베그젤마주(베바시주맙)(단클론항체,유전자재조합)
62	리툭시맙 Rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		싸이시맙주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
63	라무시루맙 Ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
64	다라투무맙 Daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
		다잘렉스피하주사(다라투무맙)
65	아테졸리주맙 Atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
66	니볼루맙(유전자재조합) Nivolumab(rDNA)	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주120mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
67	펨브롤리주맙 Pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
68	탈리도마이드 Thalidomide	비엠에스탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
69	포말리도마이드 Pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
		포말리킨캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리킨캡슐2밀리그램(포말리도마이드)

		포말리킨캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리킨캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
70	이필리무맙 Ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
71	더발루맙 Durvalumab	임핀지주(더발루맙)
72	이노투주맙오조가마이신 Inotuzumab Ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
73	아벨루맙 Avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
74	아베마시클립 Abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
75	베네토클락스 Venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
76	알펠리십 Alpelisib	피크레이정50밀리그램(알펠리십)
		피크레이정150밀리그램(알펠리십)
		피크레이정200밀리그램(알펠리십)
77	아미반타맙 Amivantamab	리브리반트주(아미반타맙)
78	벨주티판 Belzutifan	웰리렉정(벨주티판)
79	보수티닙일수화물 Bosutinib Monohydrate	보술리프정100밀리그램(보수티닙일수화물)
		보술리프정400밀리그램(보수티닙일수화물)
		보술리프정500밀리그램(보수티닙일수화물)
80	카피바설팁 Capivasertib	티루캡정160밀리그램(카피바설팁)
		티루캡정200밀리그램(카피바설팁)
81	카프마티닙염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Hydrate	카프마티닙염산염일수화물
		Capmatinib Hydrochloride Hydrate
82	세미플리맙 Cemiplimab	리브타요주(세미플리맙)
83	다코미티닙수화물 Dacomitinib Hydrate	비짐프로정15밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정30밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정45밀리그램(다코미티닙수화물)
84	디누툭시맙베타 Dinutuximab Beta	과지바주4.5mg/mL(디누툭시맙베타)
85	도스탈리맙 Dostarlimab	젬퍼리주(도스탈리맙)

86	페드라티닙염산염수화물(미분화) Fedratinib dihydrochloride monohydrate	인레빅캡슐(페드라티닙염산염수화물)
87	라로트렉티닙황산염 Larotrectinib sulfate	비트락비액(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염)
88	레이저티닙메실산염일수화물 Lazertinib Mesylate Monohydrate	렉라자정80밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
89	롤라티닙 Lorlatinib	로비큐아정25밀리그램(롤라티닙)
		로비큐아정100밀리그램(롤라티닙)
90	리보시클립숙신산염 Ribociclib succinate	키스칼리정200밀리그램(리보시클립숙신산염)
91	사시투주맙고비테칸 Sacituzumab Govitecan	트로델비주(사시투주맙고비테칸)
92	셀리넥서 Selinexor	엑스포비오정20밀리그램(셀리넥서)
93	셀퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐40밀리그램(셀퍼카티닙)
		레테브모캡슐80밀리그램(셀퍼카티닙)
94	소토라십 Sotorasib	루마크라스정120밀리그램(소토라십)
95	타파시타맙 Tafasitamab	민쥬비주(타파시타맙)
96	탈라조파립토실산염 Talazoparib Tosylate	탈제나캡슐0.1밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐0.25밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐1밀리그램(탈라조파립토실산염)
97	탈쿠에타맙 Talquetamab	탈베이주2mg/mL(탈쿠에타맙)
		탈베이주40mg/mL(탈쿠에타맙)
98	테클리스타맙 Teclistamab	텍베일리주153mg(테클리스타맙)
		텍베일리주30mg(테클리스타맙)
99	테포티닙염산염수화물 Tepotinib hydrochloride hydrate	텝메코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)
100	애시미닙염산염 Asciminib Hydrochloride	셈블릭스정20밀리그램(애시미닙염산염)
		셈블릭스정40밀리그램(애시미닙염산염)
101	폴라투주맙베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
102	트레멜리무맙 Tremelimumab	이뮤도주(트레멜리무맙)
103	투카티닙헤미에탄올레이트 Tucatinib hemiethanolate	투키사정50밀리그램(투카티닙헤미에탄올레이트)
		투키사정150밀리그램(투카티닙헤미에탄올레이트)
104	실타캅타젠오토류셀 Ciltacabtagene Autoleucel	카빅티주(실타캅타젠오토류셀)
105	페미가티닙 Pemigatinib	페마자이레정13.5밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정4.5밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정9밀리그램(페미가티닙)

106	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib hydrochloride	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산염)
107	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
108	티슬렐리주맙 Tislelizumab	테빔브라주100밀리그램(티슬렐리주맙)
109	이사툭시맙 Isatuximab	살클리사주(이사툭시맙)
110	이보시데닙 Ivosidenib	팁소보정(이보시데닙)
111	엘라나타맙 Elranatamab	엘렉스피오주(엘라나타맙)
112	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐75밀리그램(엔코라페닙)
113	엔포투맙베도틴 Enfortumab Vedotin	파드셉주20밀리그램(엔포투맙베도틴)
		파드셉주30밀리그램(엔포투맙베도틴)
114	엔트렉티닙 Entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
115	엡코리타맙 Epcoritamab	엡킨리주48mg/0.8mL(엡코리타맙,유전자재조합)
		엡킨리주4mg/0.8mL(엡코리타맙,유전자재조합)
116	얼다피티닙 Erdafitinib	발베사정3밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정4밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정5밀리그램(얼다피티닙)
117	아칼라브루티닙 Acalabrutinib	칼퀀스캡슐100밀리그램(아칼라브루티닙)
118	아칼라브루티닙말레산염수화물 Acalabrutinib Maleate Monohydrate	칼퀀스정100밀리그램(아칼라브루티닙말레산염수화물)
119	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐80밀리그램(자누브루티닙)
120	이나볼리십 Inavolisib	이토베비정3밀리그램(이나볼리십)
		이토베비정9밀리그램(이나볼리십)
121	레포트렉티닙(미분화) Repotrectinib	옥타이로캡슐40밀리그램(레포트렉티닙)
		옥타이로캡슐160밀리그램(레포트렉티닙)
122	탈라타맙 Tarlatamab	임델트라주1mg(탈라타맙)
		임델트라주10mg(탈라타맙)
123	프루퀸티닙 Fruquintinib	프루자클라캡슐1밀리그램(프루퀸티닙)
		프루자클라캡슐5밀리그램(프루퀸티닙)

【별표21】 카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 미만성 대B-세포림프종 2. 급성 림프모구성 백혈병 [ALL]	C83.3 C91.0

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T)보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.

2. 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
3. 이 특별약관 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에 따라 '안전성과 유효성 인정범위'가 변경되는 경우, 변경된 '안전성과 유효성 인정 범위'에 따라 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"을 변경하여 적용합니다.

진단시점에 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

【별표22】 카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명

아래 “카티(CAR-T)치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2025년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "카티(CAR-T)치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은 ‘효능•효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘카티(CAR-T)치료제’ 해당 여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인 하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
1	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
2	실타캅타젠오토류셀 Ciltacabtagene Autoleucel	카빅티주(실타캅타젠오토류셀)
3	악시캅타젠실로류셀 Axicabtagene Ciloleucel	예스카타주(악시캅타젠실로류셀)

【별표23】 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명

아래 “항암호르몬약물허가치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2025년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "항암호르몬약물허가치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은 ‘효능•효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘항암호르몬약물허가치료제’ 해당 여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인 하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론아세테이트(미분화) Abiraterone Acetate Micronized	아비론정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
		아비테론정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
		자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아비라테론아세테이트(미분화)/프레드니솔론 Abiraterone Acetate Micronized /Prednisolone	아비테론듀오정500/2.5밀리그램(아비라테론,프레드니솔론)
3	아나스트로졸 Anastrozole	아나스토정(아나스트로졸)
		아리미덱스정(아나스트로졸)
		에이덱스정(아나스트로졸)
		테바아나스트로졸정1밀리그램
4	비칼루타미드 Bicalutamide	비카루드정(비칼루타미드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카덱스정(비칼루타미드)
		카소덱스정(비칼루타미드)
		카소비트정(비칼루타미드)
		칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드)
		테바비칼루타마이드정50밀리그램
		프로세이드정(비칼루타미드)
		프로카덱스정(비칼루타미드)
		프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드)
5	비칼루타미드(미분화) Bicalutamide micronized	피엠에스비칼루타미드정50밀리그램(비칼루타미드(미분화))
6	다로루타마이드 Darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
7	데가렐릭스 Degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스)

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
		퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
8	엔잘루타마이드 Enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
		엑스탄디정40밀리그램(엔잘루타마이드)
		엑스탄디정80밀리그램(엔잘루타마이드)
		아나미드연질캡슐40밀리그램(엔잘루타미드)
9	엑스메스탄 Exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
10	풀베스트란트 Fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)
		풀베트주(풀베스트란트)
		엘브라칸주(풀베스트란트)
11	고세렐린아세트산염 Goserelin Acetate	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
12	레트로졸 Letrozole	레나라정(레트로졸)
		레트로보정2.5밀리그램(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		테바레트로졸정2.5밀리그램
		파누엘정2.5밀리그램(레트로졸)
		페마라정(레트로졸)
		페트라정(레트로졸)
13	류프로렐린아세트산염 Leuprorelin Acetate	로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루프원주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
14	타목시펜시트르산염 Tamoxifen Citrate	광동타목시펜정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염)

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타목센정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
15	트립토렐린아세트산염 Triptorelin Acetate	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)
		데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염)
		디페렐린피알3.75밀리그람주(트립토렐린아세트산염)
16	메게스트롤아세테이트 Megestrol Acetate	메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트)
17	트립토렐린파모산염 Triptorelin Pamoate	디페렐린피알주11.25밀리그람(파모산트립토렐린)
		디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)
18	아팔루타마이드 Apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)
19	시프로테론아세테이트 Cyproterone Acetate	안드로쿨정(시프로테론아세테이트)
20	메드록시프로게스테론아세테이트 Medroxyprogesterone Acetate	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
21	에스트라머스틴인산나트륨수화물 Estramustine Sodium Phosphate Hydrate	에스트라시트캡슐140밀리그램(에스트라머스틴인산나트륨수화물)

【별표24】 갑상선암 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

아래 “갑상선암 호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2025년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 약제의 “갑상선암 호르몬치료제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은 ‘효능•효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘갑상선암 호르몬치료제’ 해당 여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인 하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
1	레보티록신나트륨수화물 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)
		씬지록신정112마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정125마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정137마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정150마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정25마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정50마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정75마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정88마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
2	리오티로닌나트륨 Liothyronine Sodium	테트로닌정5㎍(리오티로닌나트륨)

【별표25】 전이암 분류표

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

대 상 질 병		분류번호
림프절전이암	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
특정전이암	호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
	기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
	부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 전이암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표26】 급여 특정NGS유전자패널검사 분류표

약관에 규정하는 「급여 특정NGS유전자패널검사」로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
1. 차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level Ⅰ	CB003
2. 차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level Ⅱ	CB004
3. 차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level Ⅰ	CB005
4. 차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level Ⅱ	CB006

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에따라수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표27】 유방 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표

약관에 규정하는 “유방 바늘생검 조직병리진단(급여)”는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
1. 유방생검[편측]-침생검	C8641

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표28】 갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표

약관에 규정하는 "갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
1. 갑상선생검-침생검	C8591

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표29】 자궁 생검 조직병리진단(급여) 분류표

약관에 규정하는 "자궁 생검 조직병리진단(급여)"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
자궁내막조직생검-구획소파생검	C8572
자궁내막조직생검-흡인생검	C8573
자궁내막조직생검-단순소파생검	C8574
자궁내막조직생검-자궁경내소파술	C8575
자궁경부착공생검	C8576

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표30】 유방절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방절제수술비의 유방절제수술이란 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)에 의한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.(국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)이 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.)

대상 수술	수술 및 처치코드
1. 편측단순유방절제술	85.41
2. 양측단순유방절제술	85.42
3. 편측확대유방절제술	85.43
4. 양측확대유방절제술	85.44
5. 편측근치적유방절제술	85.45
6. 양측근치적유방절제술	85.46
7. 편측확대근치적유방절제술	85.47
8. 양측확대근치적유방절제술	85.48

【별표31】 특정부위 분류표

구분	특 정 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 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)

구분	특정부위
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 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(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

【별표32】 특정질병 분류표

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

대 상 질 병	분류번호	항 목 명
1. 심장질환	I00 ~ I02 I05 ~ I09 I20 ~ I25 I26 ~ I28 I30 ~ I52	급성 류마티스열 만성 류마티스심장질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 기타 형태의 심장병
2. 뇌혈관질환	I60 ~ I69	뇌혈관 질환
3. 당뇨병	E10 ~ E14 O24	당뇨병 임신중 당뇨병
4. 고혈압성질환	I10 ~ I13, I15	고혈압성질환
5. 결핵	A15 ~ A19 B90	결핵 결핵의 후유증
6. 담석증	K80	담석증
7. 요로결석증	N20 N21 N23	신장 및 요관의 결석 하부 요로의 결석 상세불명의 신장 급통증
8. 골관절증 및 류마티스관절염	M05 M06 M08 M15 ~ M19	혈청검사 양성 류마티스관절염 기타 류마티스 관절염 연소성 관절염 관절증
9. 변형성 등병증	M40 ~ M43	변형성 등병증
10. 척추병증	M45 ~ M49	척추병증
11. 기타 등병증	M50 ~ M54	기타 등병증
12. 골반염	N73 N74	기타 여성골반염증질환 달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
13. 자궁내막증	N80	자궁내막증
14. 자궁의 평활근종	D25	자궁의 평활근종
15. 하지의 정맥류	I83	하지의 정맥류
16. 임신중독증	O11 O12 O13 O14 O15	만성 고혈압에 겹친 전자간 고혈압을 동반하지 않은 임신성 [임신-유발] 부종 및 단백뇨 임신성[임신-유발]고혈압 전자간 자간
17. 통풍	E79 M10	퓨린 및 피리미딘의 대사장애 통풍
18.지질단백질대사장애및 기타 지질증	E78	지질단백질대사장애 및 기타지질증
19. 사시	H49 H50 H51	마비성 사시 기타 사시 양안운동의 기타 장애
20. 탈장	K40 ~ K46 N43	탈장 음낭수종 및 정액류
21. 유산	N96 O00 ~ O08	습관적 유산자 유산된 임신

대 상 질 병	분류번호	항 목 명
	O20	초기임신중 출혈
22. 복막의 질환	K65 ~ K67	복막의 질환
23. 골다공증	M80 M81 M82	병적 골절을 동반한 골다공증 병적 골절이 없는 골다공증 달리 분류된 질환에서의 골다공증
24. 천식	J45 J46	천식 천식지속 상태
25. 난소의 양성신생물	D27	난소의 양성 신생물
26. 바르톨린선의 질환	N75	바르톨린선의 질환
27. 여성 생식관의 용종	N84	여성 생식관의 용종
28. 백내장	H25 H26	노년백내장 기타 백내장

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표33】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지 급 이 자
보통약관 및 특별약관 보장 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
만기환급금(1종) 및 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : (1종) 공시이율의 50% (2종) 평균공시이율의 50%
		1년 초과기간 : (1종) 공시이율의 40% (2종) 평균공시이율의 40%
	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 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 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 보통약관 제8조(보험금의 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문

(1) 금융서비스 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) 금융회사가 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) 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 개인신용평가회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 개인신용평가회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

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

- 신청방법 : 무료전화(080-860-3300)
- 무료전화 외 전화·서면·인터넷 신청 방법 : '라. 본인정보의 열람 및 정정요구'에 기재된 방법과 같습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조에 따라 금융회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리 결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

신청 방법	전화	지역번호 없이 1566-3000/ 1644-3000
	서면	우)03137 서울특별시 종로구 창경궁로 117(인의동, 하나손해보험빌딩)
	인터넷	www.hanainsure.co.kr

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제39조에 따라 본인정보를 개인신용평가회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 개인신용평가회사에 문의하시기 바랍니다.

- NICE평가정보(주) : ☎02-2122-4000, 인터넷 www.nice.co.kr
- SCI평가정보(주) : ☎02-3445-5000, 인터넷 http://www.sci.co.kr
- 코리아크레딧뷰로(주) : ☎02-708-6000, 인터넷 http://www.kcb4u.com

(3) 개인정보 유출 시 피해보상 규정

가. 당사의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

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

당사 개인신용정보 보호담당자	손해보험협회 개인신용정보 보호담당자	금융감독원 개인신용정보 보호담당자
02) 6670-8740 서울특별시 종로구 창경궁로 117, 9층 (인의동, 하나손해보험빌딩)	02) 3702-8500 서울특별시 종로구 종로1길 50, 16층 (중학동, 케이트윈타워 B동)	1332 서울특별시 영등포구 여의대로 38 금융감독원 1층 금융민원센터

예금자 보호 안내

1. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보험상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.
2. 본 보험회사가 예금 등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 1억원까지 보호합니다. (단, 연금저축보험*은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 1억원까지 보호) * 연금저축계좌, 개인연금저축, 연금저축 포함
3. 위 내용은 예금자보호법 및 관련법령의 개정 등에 따라 달라질 수 있음을 알려드리며 자세한 내용은 영업점에 비치된 예금자 보호 안내책자를 참고하거나 예금보험공사(☎지역번호 없이 1588-0037, www.kdic.or.kr)로 문의하시기 바랍니다.

보험모집질서 신고센터 안내

※ 보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.

금융감독원 보험 모집질서 위반행위 신고센터

●**전화:** 1332 ●**인터넷:** www.fss.or.kr

사고접수, 보험처리 등 보험계약 관련 문의(하나손해보험)

●**전화:** 1566-3000 ●**인터넷:** www.hanainsure.co.kr

MEMO

MEMO