판매개시일 2025. 07. 17

무배당 AXA 나를지켜주는 건강보험 II (갱신형)(2507)

보험 약관

적용일자 2025. 07. 17
제작일자 2025. 07. 17

본 약관 내용 중 특별약관은 보험증권에 기재된
특약에 한하여 보상받으실 수 있습니다.

무배당 AXA나를지켜주는건강보험II(갱신형)2507 약관

목차

약관이용 가이드 북 7

가입자 유의사항 27

주요내용 요약서 32

보험금 청구시 구비서류 안내 35

보험금 지급절차 안내 40

주요 민원사례 42

신용정보 제공활용에 대한 고객 권리 안내문 44

제1절 보통약관 46

제1관 목적 및 용어의 정의 47
- 제1조(목적)
- 제2조(용어의 정의)

제2관 보험금의 지급 48
- 제3조(보험금의 지급사유)
- 제4조("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)
- 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)
- 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)
- 제7조(보험금 지급사유의 통지)
- 제8조(보험금의 청구)
- 제9조(보험금의 지급절차)
- 제10조(만기환급금에 관한 사항)
- 제11조(보험금 받는 방법의 변경)
- 제12조(주소변경통지)
- 제13조(보험수익자의 지정)
- 제14조(대표자의 지정)

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 55
- 제15조(계약 전 알릴 의무)
- 제16조(알릴 의무 위반의 효과)
- 제17조(사기에 의한 계약)

제4관 보험계약의 성립과 유지 57
- 제18조(보험계약의 성립)
- 제19조(청약의 철회)
- 제20조(약관교부 및 설명의무 등)
- 제21조(계약의 무효)
- 제22조(계약내용의 변경 등)
- 제23조(보험나이 등)
- 제24조(계약의 자동갱신)
- 제25조(계약의 소멸)

제5관 보험료의 납입 65
- 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)
제28조(보험료의 자동대출납입)
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 71
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
제32조의2(위법계약의 해지)
제33조(중대사유로 인한 해지)
제34조(회사의 파산선고와 해지)
제35조(해약환급금)
제36조(보험계약대출)
제37조(배당금의 지급)
제7관 분쟁의 조정 등 73
제38조(분쟁의 조정)
제39조(관할법원)
제40조(소멸시효)
제41조(약관의 해석)
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)
제43조(회사의 손해배상책임)
제44조(개인정보보호)
제45조(준거법)
제46조(예금보험에 의한 지급보장)
제2절 특별약관 77
1. 암 관련 특별약관 78
1-1. (갱신형)암진단금(간편심사) 특별약관 79
1-2. (갱신형)암사망(간편심사) 특별약관 87
1-3. (갱신형)5대고액치료비암진단금(간편심사) 특별약관 92
1-4. (갱신형)3대특정암진단금(간편심사) 특별약관 96
1-5. (갱신형)암진단후생활자금(5년,간편심사) 특별약관 100
1-6. (갱신형)암수술(간편심사) 특별약관 109
1-7. (갱신형)암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한)(간편심사) 특별약관 117
1-8. (갱신형)암수술(상급종합병원)(간편심사) 특별약관 127
1-9. (갱신형)항암방사선·약물치료비(간편심사) 특별약관 137
1-10. (갱신형)항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)(간편심사) 특별약관 144
1-11. (갱신형)표적항암약물허가치료비(간편심사) 특별약관 153
1-12. (갱신형)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관 162
1-13. (갱신형)항암세기조절방사선치료비(간편심사) 특별약관 173
1-14. (갱신형)항암세기조절방사선치료비(치료횟수당)(간편심사) 특별약관 181
1-15. (갱신형)항암양성자방사선치료비(간편심사) 특별약관 189
1-16. (갱신형)항암양성자방사선치료비(치료횟수당)(간편심사) 특별약관 197
1-17. (갱신형)특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관 205
1-18. (갱신형)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관 216
1-19. (갱신형)카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관 227

2. 질병 관련 특별약관 238
2-1. (갱신형)통풍진단금 특별약관 239
2-2. (갱신형)대상포진진단금 특별약관 242
2-3. (갱신형)대상포진눈병진단금 특별약관 244
2-4. (갱신형)알츠하이머병진단금 특별약관 246
2-5. (갱신형)루게릭병진단금 특별약관 249
2-6. (갱신형)파킨슨병진단금 특별약관 252
2-7. (갱신형)뇌졸중진단금(간편심사) 특별약관 255
2-8. (갱신형)뇌혈관질환진단금(간편심사) 특별약관 258
2-9. (갱신형)급성심근경색증진단금(간편심사) 특별약관 261
2-10. (갱신형)허혈성심장질환진단금(간편심사) 특별약관 264
3. 비용 관련 특별약관 267
3-1. (갱신형)보이스피싱손해 특별약관 268

제3절 제도성 특별약관 273

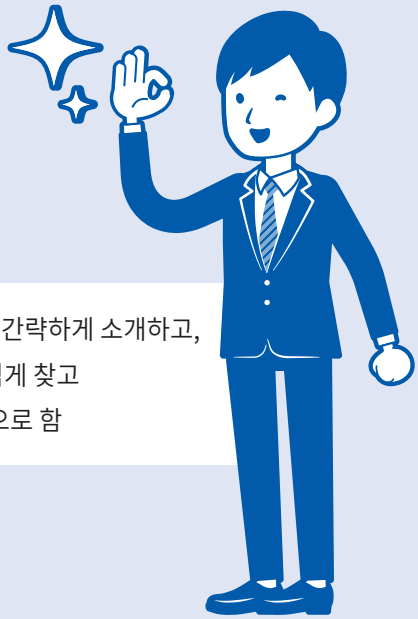
1. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관 274
2. 보험료자동이체납입 특별약관 278
3. 제재위반 부담보 특별약관 279
4. 지정대리청구서비스 특별약관 280
5. 장애인전용보험전환 특별약관 282
【별표1】 악성신생물(암) 분류표 287
【별표2】 제자리신생물 분류표 289
【별표3】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 290
【별표4】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표 292
【별표5】 5대고액치료비암 분류표 294
【별표6】 3대특정암 분류표 296
【별표7】 통풍 분류표 297
【별표8】 대상포진 분류표 298
【별표9】 대상포진눈병 분류표 299
【별표10】 알츠하이머병 분류표 300
【별표11】 루게릭병 분류표 301
【별표12】 파킨슨병 분류표 302
【별표13】 뇌출혈 분류표 303
【별표14】 뇌졸중 분류표 304
【별표15】 뇌혈관질환 분류표 305
【별표16】 급성심근경색증 분류표 306
【별표17】 허혈성심장질환 분류표 307
【별표18】 특정신체부위·질병분류표 308
【별표19】 급여 항암방사선치료 분류표 311
【별표20】 급여 항암약물 분류표 312

【별표21】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 313
【별표22】 약관에서 인용된 법·규정 314
※【부록】"표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내 450
※【부록】"특정면역항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내 456
※【부록】"특정항암호르몬치료제" 해당 의약품명 및 성분명 안내 458
※ 보험용어 해설 461
※ 특별약관 색인 462

이 약관은 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

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 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

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

2 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 방법**을 이용하여 **간단 요약한 약관**
보험약관 (주계약&특약)	■ **주계약(보통약관)**: 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관 ■ **특약(특별약관)**: 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 및 색인 등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 **법률·보험용어**의 **해설**, 가나다 順 **특약 색인, 관련 법규** 등을 소비자에게 안내

3 QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response) 코드란?

스마트폰으로 해당 QR 코드를 스캔하면
상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점

4 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

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

1	보험금 지급 및 지급제한 사항	제3조(보험금의 지급사유) P. 48	영상 자료

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

2	청약 철회	제19조(청약의 철회) P. 58	영상 자료
3	계약 취소	제20조(약관교부 및 설명의무 등) P. 59	영상 자료
4	계약 무효	제21조(계약의 무효) P. 61	영상 자료
5	계약 前 알릴 의무 및 위반효과	제15조(계약 전 알릴 의무) P. 55 제16조(알릴 의무 위반의 효과) P. 55	영상 자료
6	계약 後 알릴 의무 및 위반효과	제16조(알릴 의무 위반의 효과) P. 55	영상 자료
7	보험료 연체 및 해지	제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) P. 67	영상 자료
8	부활(효력회복)	제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) P. 69	영상 자료
9	해약환급금	제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) P. 71 제35조(해약환급금) P. 72	영상 자료
10	보험계약대출	제36조(보험계약대출) P. 73	영상 자료

5 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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

1. 시각화된 **'약관요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다. ➡ 약관 요약서 P.11

2. **'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'**를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다. ➡ 핵심 체크항목 P.9

3. **'가나다 順 특약 색인 (索引)'**을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.
   * 주 계약에 부가된 **특약**은 자유롭게 **선택, 가입**(의무특약제외)할 수 있고 **가입특약**에 한해 **보장**받을 수 있음
   ➡ 특약 색인 P.462

4. 약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설, 약관본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다. ➡ 용어 해설 P.461

5. 스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다. ➡ QR코드 P.8

6. **'관련법규' 항목**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다. ➡ 관련법규 P.314

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

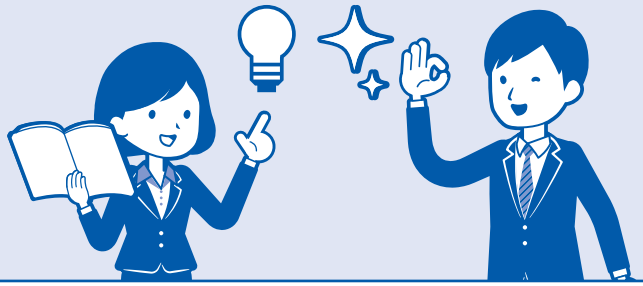
6 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지(www.axa.co.kr)**, **고객 콜센터(1566-1566)**로 문의 가능

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

쉽게 이해하는

약관요약서



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 결정**하시기 바랍니다.

Ⅰ. 보험계약의 개요

- 보험회사명 : 악사손해보험 주식회사
- 보험상품명 : 무배당 AXA나를지켜주는건강보험 II (갱신형)2507
- 보험상품의 종목 : 질병보험

01. 상품의 주요 특징

- 암 발생 시 진단금/ 생활자금/ 수술비 보장
- 암뿐만 아니라 노인성 질환에 대한 추가 보장
  : 통풍, 대상포진, 대상포진눈병, 알츠하이머병, 루게릭병, 파킨슨병 진단시 보장
- 3대 질병 발생시 진단금 보장
- 고혈압, 당뇨병이 있는 경우에도 가입 가능
  : 단, 고혈압, 당뇨병 모두 없으면 보험료 5% 할인

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 AXA나를지켜주는건강보험 II (갱신형)2507

1. 무배당 : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
2. 질병보험 : 뇌출혈로 인한 진단·수술 등의 위험을 보장하는 상품입니다.
3. 갱신형 : 보험계약 갱신 시 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있습니다.

Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01. 보험금 지급제한사항

주의

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

✔ 면책기간

면책기간
보험금
미지급

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

■■■ 면책기간 적용 담보

구분	담보명	면책기간
(갱신형)암진단금(간편심사) 특별약관	(갱신형)암진단금 (간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암””제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암”으로 진단시 면책 없음
(갱신형)암사망(간편심사) 특별약관	(갱신형)암사망(간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”으로 진단시 면책 없음
(갱신형)5대고액치료비암진단금 (간편심사) 특별약관	(갱신형) 5대고액치료비암진단금 (간편심사)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)3대특정암진단금 (간편심사) 특별약관	(갱신형)3대특정암진단금 (간편심사)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)암진단후생활자금(5년, 간편심사) 특별약관	(갱신형) 암진단후생활자금 (5년,간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암””제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암”으로 진단시 면책 없음
(갱신형)암수술(간편심사) 특별약관	(갱신형)암수술(간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 수술시 면책 없음
(갱신형)암관혈수술(내시경, 복강경하,흉강경하수술제외) (연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형)암관혈수술 (내시경,복강경하, 흉강경하수술제외) (연간1회한)(간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암””제자리암”, “경계성종양” 수술시 면책 없음
(갱신형)암수술(상급종합병원) (간편심사) 특별약관	(갱신형)암수술 (상급종합병원)(간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암””제자리암”, “경계성종양” 수술시 면책 없음

구분	담보명	면책기간
(갱신형)항암방사선 · 약물치료비(간편심사) 특별약관	(갱신형)항암방사선 · 약물치료비(간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”으로 치료시 면책 없음
(갱신형)항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형)항암방사선·약물치료비(급여, 연간1회한)(간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형) 표적항암약물허가치료비 (간편심사) 특별약관	(갱신형) 표적항암약물허가치료비 (간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”으로 치료시 면책 없음
(갱신형) 표적항암약물허가치료비 (연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형) 표적항암약물허가치료비 (연간1회한)(간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형) 항암세기조절방사선치료비 (간편심사) 특별약관	(갱신형) 항암세기조절방사선 치료비(간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형) 항암세기조절방사선치료비 (치료횟수당)(간편심사) 특별약관	(갱신형) 항암세기조절방사선 치료비(치료횟수당) (간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형) 항암양성자방사선치료비 (간편심사) 특별약관	(갱신형) 항암양성자방사선치료비 (간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형) 항암양성자방사선치료비 (치료횟수당)(간편심사) 특별약관	(갱신형) 항암양성자방사선치료비 (치료횟수당)(간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형) 특정면역항암약물허가치료비 (연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형) 특정면역항암약물허가 치료비(연간1회한) (간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형) 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형) 특정항암호르몬약물허가 치료비(연간1회한) (간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형)카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한) (간편심사) 특별약관	(갱신형)카티(CAR-T) 항암약물허가치료비 (연간1회한)(간편심사)	가입 후 90일 이내 “암”진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음

민원 사례 A씨는 **암보험 가입 후 2개월**이 지나서 **위암**을 판정받아 보험회사에 **암 진단비를 청구**

➡ **보험회사**는 보험가입 후**90日이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움** 을 안내

감액지급

감액지급 50% [1년이내]

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

■■■ 감액지급 적용 담보

구분	담보명	감액기간 및 비율
(갱신형)뇌출혈진단금(간편심사) 보통약관	(갱신형)뇌출혈진단금(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)암진단금(간편심사) 특별약관	(갱신형)암진단금(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)암사망(간편심사) 특별약관	(갱신형)암사망(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)5대고액치료비암진단금(간편심사) 특별약관	(갱신형)5대고액치료비암진단금(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)3대특정암진단금(간편심사) 특별약관	(갱신형)3대특정암진단금(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)암진단후생활자금(5년,간편심사) 특별약관	(갱신형)암진단후생활자금(5년,간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)암수술(간편심사) 특별약관	(갱신형)암수술(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형)암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한)(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)암수술(상급종합병원)(간편심사) 특별약관	(갱신형)암수술(상급종합병원)(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)항암방사선 · 약물치료비(간편심사) 특별약관	(갱신형)항암방사선 · 약물치료비(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형)항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)표적항암약물허가치료비(간편심사) 특별약관	(갱신형)표적항암약물허가치료비(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)항암세기조절방사선치료비(간편심사) 특별약관	(갱신형)항암세기조절방사선치료비(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)항암세기조절방사선치료비(치료횟수당)(간편심사) 특별약관	(갱신형)항암세기조절방사선치료비(치료횟수당)(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)항암양성자방사선치료비(간편심사) 특별약관	(갱신형)항암양성자방사선치료비(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)항암양성자방사선치료비(치료횟수당)(간편심사) 특별약관	(갱신형)항암양성자방사선치료비(치료횟수당)(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

구분	담보명	감액기간 및 비율
(갱신형)특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형) 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형) 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형)카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)통풍진단금 특별약관	(갱신형)통풍진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)알츠하이머병진단금 특별약관	(갱신형)알츠하이머병진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)루게릭병진단금 특별약관	(갱신형)루게릭병진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)파킨슨병진단금 특별약관	(갱신형)파킨슨병진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)뇌졸중진단금(간편심사) 특별약관	(갱신형)뇌졸중진단금(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)뇌혈관질환진단금(간편심사) 특별약관	(갱신형)뇌혈관질환진단금(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)급성심근경색증진단금(간편심사) 특별약관	(갱신형)급성심근경색증진단금(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형)허혈성심장질환진단금(간편심사) 특별약관	(갱신형)허혈성심장질환진단금(간편심사)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

보장한도

보장한도 최초 1회한

보장한도 보험금 지급한도 적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

■■■ 보장한도 적용 담보

구분	담보명	보장한도
(갱신형)뇌출혈진단금(간편심사) 보통약관	(갱신형)뇌출혈진단금(간편심사)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)암진단금(간편심사) 특별약관	(갱신형)암진단금(간편심사)	각각 최초 1회에 한해 보장 단, 일반암으로 진단시 최초 1회 보장 후 보장소멸
(갱신형)5대고액치료비암진단금 (간편심사) 특별약관	(갱신형)5대고액치료비암진단금 (간편심사)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)3대특정암진단금(간편심사) 특별약관	(갱신형)3대특정암진단금(간편심사)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)암진단후생활자금 (5년,간편심사) 특별약관	(갱신형)암진단후생활자금 (5년, 간편심사)	각각 최초 1회에 한해 보장 단, 일반암으로 진단시 최초 1회 보장 후 보장소멸
(갱신형)암관혈수술(내시경,복강경하, 흉강경하수술제외)(연간1회한) (간편심사) 특별약관	(갱신형)암관혈수술(내시경, 복강경하,흉강경하수술제외) (연간1회한)(간편심사)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형)항암방사선 · 약물치료비 (간편심사) 특별약관	(갱신형)항암방사선 · 약물치료비 (간편심사)	각각 최초 1회에 한해 보장 단, 일반암으로 진단시 최초 1회 보장 후 보장소멸
(갱신형)항암방사선·약물치료비 (급여,연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형)항암방사선·약물치료비 (급여,연간1회한)(간편심사)	각각 연간 1회 한도로 보장
(갱신형)표적항암약물허가치료비 (간편심사) 특별약관	(갱신형)표적항암약물허가치료비 (간편심사)	각각 최초 1회에 한해 보장 단, 일반암으로 진단시 최초 1회 보장 후 보장소멸
(갱신형)표적항암약물허가치료 비(연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형)표적항암약물허가치료비 (연간1회한)(간편심사)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형)항암세기조절방사선치료비 (간편심사) 특별약관	(갱신형)항암세기조절방사선치료비 (간편심사)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)항암양성자방사선치료비 (간편심사) 특별약관	(갱신형)항암양성자방사선치료비 (간편심사)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)특정면역항암약물허가치료비 (연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형) 특정면역항암약물허가치료비 (연간1회한)(간편심사)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한)(간편심사) 특별약관	(갱신형) 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한)(간편심사)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형)카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한) (간편심사) 특별약관	(갱신형)카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한) (간편심사)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형)통풍진단금 특별약관	(갱신형)통풍진단금	최초 1회에 한해 보장

구분	담보명	보장한도
(갱신형)대상포진진단금 특별약관	(갱신형)대상포진진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)대상포진눈병진단금 특별약관	(갱신형)대상포진눈병진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)알츠하이머병진단금 특별약관	(갱신형)알츠하이머병진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)루게릭병진단금 특별약관	(갱신형)루게릭병진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)파킨슨병진단금 특별약관	(갱신형)파킨슨병진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)뇌졸중진단금(간편심사) 특별약관	(갱신형)뇌졸중진단금(간편심사)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)뇌혈관질환진단금(간편심사) 특별약관	(갱신형)뇌혈관질환진단금(간편심사)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)급성심근경색증진단금 (간편심사) 특별약관	(갱신형)급성심근경색증진단금 (간편심사)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형)허혈성심장질환진단금 (간편심사) 특별약관	(갱신형)허혈성심장질환진단금 (간편심사)	최초 1회에 한해 보장

✔ 자기부담금 차감

자기부담금 **차감**후 지급

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

■■■ 자기부담금을 차감하는 담보

구분	담보명	자기부담금 차감금액
해당사항 없음		

02. 해약환급금에 관한 사항

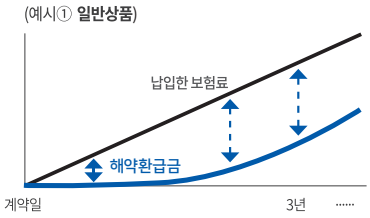
⊙ 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.

해약환급금 **적음** [납입기간중해지시]

주의

① 해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

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



03. 갱신 시 보험료 인상 가능성

⊙ 이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.

주의

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

갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약

(갱신형)뇌출혈진단금(간편심사)
(갱신형)암진단금(간편심사)
(갱신형)암사망(간편심사)
(갱신형)5대고액치료비암진단금(간편심사)
(갱신형)3대특정암진단금(간편심사)
(갱신형)암진단후생활자금(5년,간편심사)
(갱신형)암수술(간편심사)
(갱신형)암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한)(간편심사)
(갱신형)암수술(상급종합병원)(간편심사)
(갱신형)항암방사선·약물치료비(간편심사)
(갱신형)항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)(간편심사)
(갱신형)표적항암약물허가치료비(간편심사)
(갱신형)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사)
(갱신형)항암세기조절방사선치료비(간편심사)
(갱신형)항암세기조절방사선치료비(치료횟수당)(간편심사)
(갱신형)항암양성자방사선치료비(간편심사)
(갱신형)항암양성자방사선치료비(치료횟수당)(간편심사)
(갱신형)특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사)
(갱신형)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(간편심사)
(갱신형)카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사)
(갱신형)통풍진단금
(갱신형)대상포진진단금
(갱신형)대상포진눈병진단금
(갱신형)알츠하이머병진단금
(갱신형)루게릭병진단금
(갱신형)파킨슨병진단금
(갱신형)보이스피싱손해
(갱신형)뇌졸중진단금(간편심사)
(갱신형)뇌혈관질환진단금(간편심사)
(갱신형)급성심근경색증진단금(간편심사)
(갱신형)허혈성심장질환진단금(간편심사)

04. 실손보상형 담보/실손의료보험

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

실손형 담보 [중복가입 부적절] 중복가입시 비례보상

주의

① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 **중복 가입**하더라도 **실제 발생한 손해(비용)을 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.** (중복 가입 시 비례 보상)

② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보(또는 실손의료보험)에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의**하시기 바랍니다.

실손보상형 담보

(갱신형)보이스피싱손해 특별약관

05. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

① 보장성보험

보장성보험 [사망, 상해, 질병 등]

주의

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

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

② 유병력자보험

유병자보험 [일반인 가입시 불리] 질병 있어도 OK

주의

① 이 보험은 **질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 소비자**가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.

② **일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입하는 경우 불리할 수 있습니다.**

③ 예금자보호제도에 관한 사항

예금보험공사 보호금융상품 1인당 최고 5천만원

주의

① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

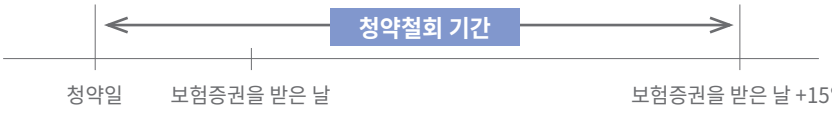
② 이 보험은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “5천만원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다.
이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “5천만원까지” 보호됩니다.

Ⅲ. 보험계약의 일반사항

01.청약을 철회할 수 있는 권리

주계약(보통보험) 약관 P.58

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



주의

[청약철회가 불가한 경우]

① **청약일부터 30일**(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우

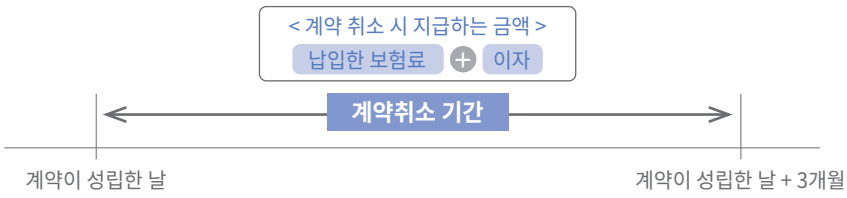
② **진단계약**, **보장기간이 90일 미만인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

주계약(보통보험) 약관 P.59

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

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



03. 보험계약의 무효

주계약(보통보험) 약관 P.61

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

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

04. 보험계약前 알릴의무 및 위반시 효과

주계약(보통보험) 약관 P.55

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

계약자 또는 피보험자 → 고의 또는 중과실로 사실과 다르게 알린 경우 → **계약 해지** 가능 (회사), **보장 제한** 가능 (회사)

주의

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

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

민원 사례

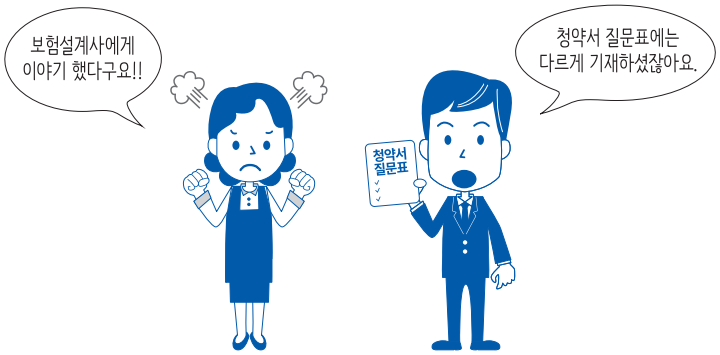
A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 **보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채** ○○질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 **당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구**

➡ 보험회사는 **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 알릴의무 및 위반시 효과

주계약(보통보험) 약관 -

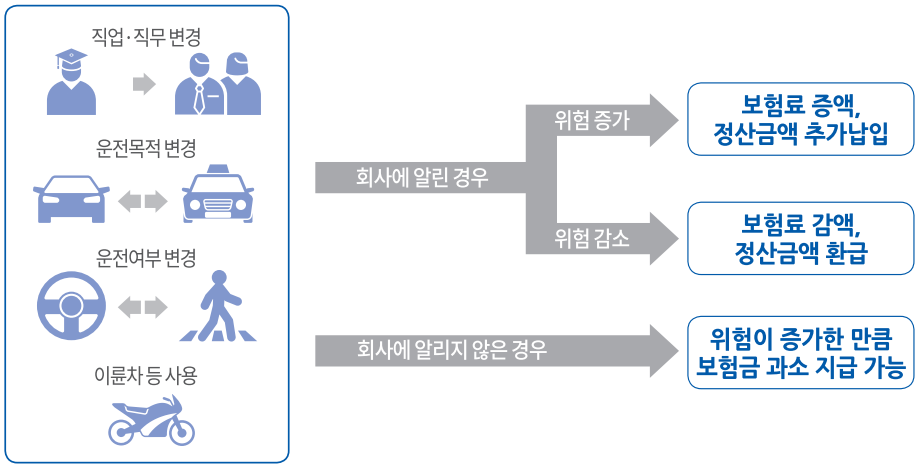
⊙ 보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생**한 경우 **지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반**하는 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

주의

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

① **위험**이 **감소**한 경우 **보험료**를 **감액**하고 **정산금액**을 **환급**하여 드리며,

② **위험**이 **증가**한 경우 **보험료**가 **증액**되고 **정산금액**의 **추가 납입**이 **필요**할 수 있습니다.

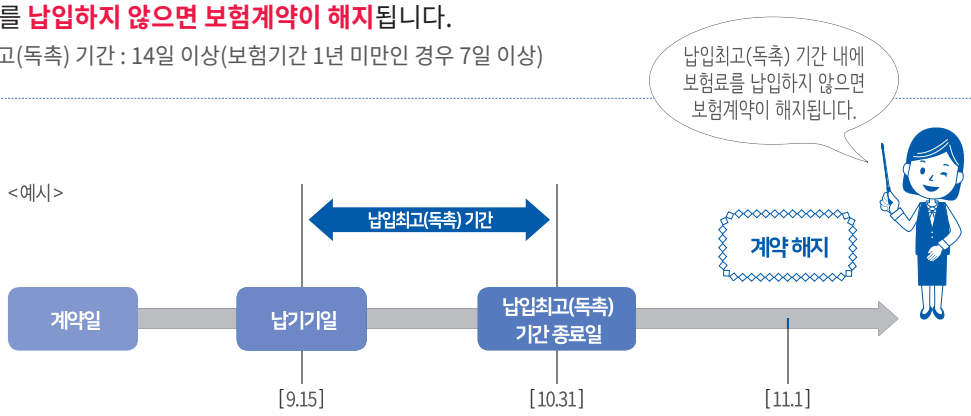


06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

주계약(보통보험) 약관 P.67

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

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



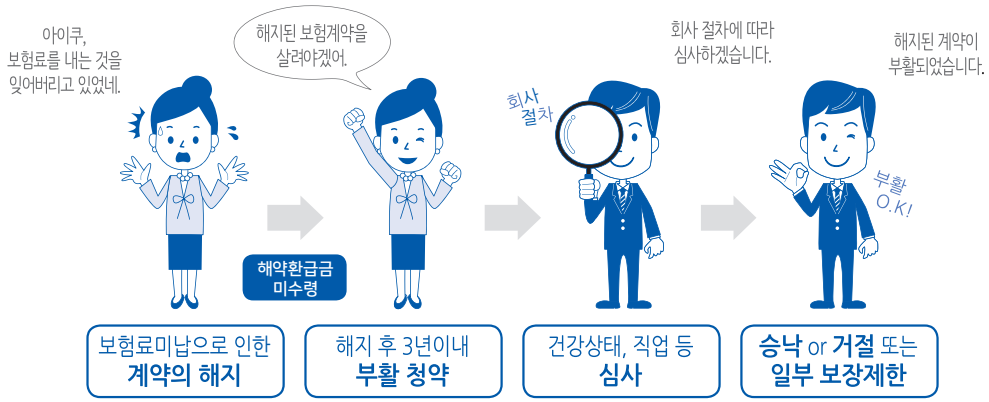
☑ 납입연체 : ① 보험료 납입이 연체 중이거나 ② 유니버셜 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우

07. 해지된 보험계약의 부활 (효력회복)

주계약(보통보험) 약관 P.69

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

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



08. 보험계약대출

주계약(보통보험) 약관 P.73

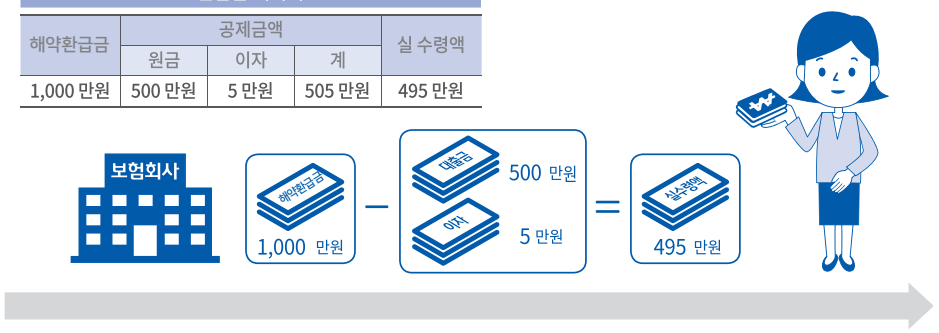
⊙ 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

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

<예시>

환급금 내역서

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

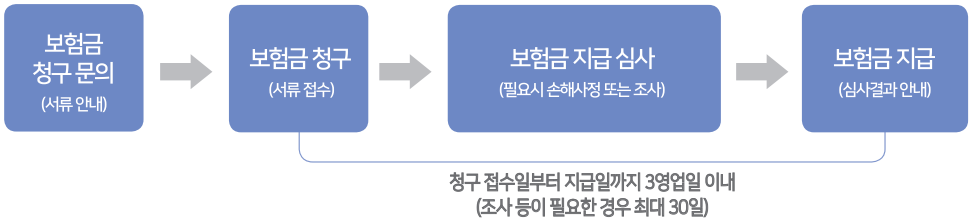


09. 보험금 청구절차 및 서류

주계약(보통보험) 약관 P.35~41

⊙ **보험금**은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.

(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 화재·배상책임보험은 7일, 질병·상해/실손보험은 30영업일이 소요될 수 있습니다.)



주의

소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류**가 **간소화**되는 경우가 있으니,
보험금 청구 전에 보험회사에 **제출서류**를 **확인**하시기 바랍니다.

보험금 청구서류						
구분	진단서	입퇴원확인서	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.

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약 관련 유의사항

※ 보험계약 전 알릴의무 위반

- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

※ 갱신계약

- 회사는 자동갱신 적용대상 계약의 보험기간이 끝나기 15일 이전까지 해당 피보험자의 갱신계약 보험료를 서면 등으로 통보합니다.
- 회사는 자동갱신 적용대상 계약의 갱신계약에 적용할 보험료가 개정된 경우에는 갱신일 현재의 보험료를 적용하며, 자동갱신 적용대상 계약의 보험료는 갱신시점의 이 계약의 적용 기초율 및 연령의 변동 등을 반영하여 산출합니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

3. 보험계약대출 관련 유의사항

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

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

1. 암 관련 담보

- 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 지난 이후에도 암진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 담보별 면책기간 및 감액기간은 아래와 같습니다.

담보명		최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책기간	최초 보험가입 후 정해진 기간 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급
암진단금 (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암 대장점막내암 제자리암 경계성종양	X	
암사망 (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
5대고액치료비암진단금(간편심사)		90일	O (1년)
3대특정암진단금(간편심사)		90일	O (1년)
암진단후 생활자금 (5년,간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암 대장점막내암 제자리암 경계성종양	X	
암수술 (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암 제자리암 경계성종양	X	
암수술(내시경, 복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한) (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암 제자리암 경계성종양	X	
암수술(상급종합병원)	암	90일	O (1년)
	기타피부암	X	

(간편심사)	갑상선암 제자리암 경계성종양		
항암방사선·약물치료비 (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
항암방사선·약물치료비(급여, 연간1회한) (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
표적항암약물허가치료비 (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
표적항암약물허가치료비(연간1회한) (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
항암세기조절방사선치료비 (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
항암세기조절방사선치료비(치료횟수당) (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
항암양성자방사선치료비 (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
항암양성자방사선치료비(치료횟수당) (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한) (간편심사)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
카티(CAR-T)항암약물허가치	암	90일	O (1년)
	기타피부암	X	

료비(연간1회 한) (간편심사)	갑상선암		

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술 보장에서 제외됩니다.

2. 특정질병 관련 담보

- 뇌출혈, 뇌졸중, 뇌혈관질환, 급성심근경색증, 허혈성심장질환 등을 보장하는 보험은 보험계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생 시 보험가입금액의 50%를 지급합니다.
- 뇌출혈, 뇌졸중, 뇌혈관질환, 급성심근경색증, 허혈성심장질환 등 특정 질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 담보별 면책기간 및 감액기간은 아래와 같습니다.

담보명	최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책기간	최초 보험가입 후 정해진 기간 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급
뇌출혈진단금(간편심사)	X	O (1년)
뇌졸중진단금(간편심사)	X	O (1년)
뇌혈관질환진단금(간편심사)	X	O (1년)
급성심근경색증진단금(간편심사)	X	O (1년)
허혈성심장질환진단금(간편심사)	X	O (1년)
알츠하이머병진단금	X	O (1년)
파킨슨병진단금	X	O (1년)
통풍진단금	X	O (1년)
루게릭병진단금	X	O (1년)

3. 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.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)을 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.

3. 계약취소

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

4. 계약의 무효(신체 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나

초과되었을 경우

5. 계약의 소멸(신체 관련)

이 보험계약은 피보험자의 사망으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력이 없습니다.

6. 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지

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 보상하여 드립니다.

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

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 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 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무

계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니

다)

2) 알릴 의무 위반시 효과
회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

9. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 대한 보험금은 3영업일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사, 확인을 위하여 위 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

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

보험금 청구 시 구비서류 안내

질병/상해

구분	구비서류		발급처
공통	보험금 청구서 개인(신용)정보처리동의서 청구인 신분증 사본 (앞면) 통장사본		보험회사
	▶ **가족관계 확인이 필요한 경우** 가족관계 확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)		주민센터
	▶ **타인에게 보험금 위임하는 경우** 위임장 (인감 날인 혹은 서명) 보험금 청구권자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 (안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함) 위임받는 자의 개인(신용)정보처리동의서 위임받는 자의 신분증 앞면 사본 위임받는 자의 통장사본		보험회사 주민센터
	▶ **상해사고시 유형별 사고입증서류**		
	교통사고	사고사실확인서 또는 자동차보험 지급결의서(보상처리확인서)	보험회사
	산재사고	산재재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서	근로복지공단
	군인재해	공무상병인증서	군부대
	기타 상해사고	공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서	공공기관 (경찰서,소방서)
		병원 초진차트 또는 진료기록지 등 사고 증명서류	병원
사망	사망진단서(시체검안서) 원본 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)		의료기관 주민센터
	▶ **수익자 미지정 (상속관계 확인서류 제출)** 상속관계 확인서류 : 기본증명서(상세), 가족관계증명서(상세), 혼인관계증명서(상세)		주민센터
	▶ **상속인이 다수인 경우 1인에게 위임 시** 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 (안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)		
후유장해	후유장해진단서		의료기관
	▶ **일반진단서로 대체** 만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray 필름 첨부 인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재 비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재		

진단	암	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 조직검사결과지 - 백혈병 : 골수검사지, 혈액검사지 - 뇌암/폐암/췌장암(조직검사 미시행) : 방사선 판독결과지 - 간암(조직검사 미시행) : 방사선 판독결과지 및 혈액검사지	의료기관
	뇌질환	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) CT, MRI, MRA 등 방사선 판독결과지	
	심장질환	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 각종검사 결과지(관상동맥조영술, 심전도검사, 심장초음파, 심근효소검사 등)	
	골절	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 추정진단의 경우 X-ray 필름 또는 방사선판독지	
	화상	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 심재성 여부 기재	
입원	입원기간이 포함된 진단서 또는 진단명이 포함된 입원확인서		의료기관
통원	통원기간이 포함된 진단서 또는 진단명이 포함된 통원확인서		의료기관
수술	진단명(질병분류코드), 수술명, 수술일자가 포함된 서류		의료기관
	수술기록지		
치아	치과치료 확인서(당사양식)		보험회사
	진단서 진료기록사본 치료 전·후 치아 X-Ray(파노라마) 사진 진료비계산영수증 및 진료비세부내역서		의료기관
치료비	항암·방사선 약물치료비 / 항암세기조절 방사선치료비 / 항암양성자 방사선치료비	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 조직검사결과지 항암치료 확인되는 치료기록지 또는 진료비세부내역서	의료기관
	표적항암약물 허가치료비	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 조직검사결과지 약물치료확인서 (당사 양식) 진료비세부내역서	
	깁스치료비	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 통깁스(Cast) 시행한 치료일자의 진료비세부내역서 또는 진료기록지	

교통상해

구분	구비서류	발급처
공통	보험금 청구서 개인(신용)정보처리동의서	보험회사

	청구인 신분증 사본 (앞면) 통장사본		
	▶ **가족관계 확인이 필요한 경우** 가족관계 확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)		주민센터
	▶ **타인에게 보험금 위임하는 경우** 위임장 (인감 날인 혹은 서명) 보험금 청구권자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 (안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함) 위임받는 자의 개인(신용)정보처리동의서 위임받는 자의 신분증 앞면 사본 위임받는 자의 통장사본		보험회사 주민센터
	▶ **상해사고시 유형별 사고입증서류**		
	교통사고	사고사실확인서 또는 자동차보험 지급결의서(보상처리확인서)	보험회사
	산재사고	산재재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서	근로복지공단
	군인재해	공무상병인증서	군부대
	기타 상해사고	공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서	공공기관 (경찰서,소방서)
		병원 초진차트 또는 진료기록지 등 사고 증명서류	병원
사망	사망진단서(시체검안서) 원본 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)		의료기관 주민센터
	▶ **수익자 미지정 (상속관계 확인서류 제출)** 상속관계 확인서류 : 기본증명서(상세), 가족관계증명서(상세), 혼인관계증명서(상세)		주민센터
	▶ **상속인이 다수인 경우 1인에게 위임 시** 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 (안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)		
후유장해	후유장해진단서		의료기관
	▶ **일반진단서로 대체** 만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray 필름 첨부 인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재 비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재		
벌금	법원 판결문, 약식명령문 벌금납부영수증		법원
교통사고 처리지원금	경찰서 또는 법원에 제출된 피해자진단서 경찰에 제출된 형사합의서 (합의금액 명시)		경찰서
	공소장 공탁서 및 공탁금출급확인서 (미합의시)		법원
	형사합의금 입금내역		금융기관

변호사선임비용	판결문 구속영장 (재소·출소증명서) 공소장 (교통사고처리지원금 담보의 경우 약식기소 제외)	법원
	변호사가 발행한 세금계산서	변호사사무소
면허정지위로금	면허정지확인원 (교정교육 이수 후) 운전경력증명서 면허정지 행정처분 확인서	경찰서
면허취소위로금	운전경력증명서 면허정지 취소처분 결정통지서 또는 면허취소행정처분확인원	경찰서

재물/배상책임

구분	구비서류		발급처
공통	보험금 청구서 개인(신용)정보처리동의서 주민등록등본1 사고경위서 통장사본		보험회사
	▶ **가족관계 확인이 필요한 경우** 가족관계 확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)		주민센터
	▶ **타인에게 보험금 위임하는 경우** 위임장 (인감 날인 혹은 서명) 보험금 청구권자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 (안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함) 위임받는 자의 개인(신용)정보처리동의서 위임받는 자의 신분증 앞면 사본 위임받는 자의 통장사본		보험회사 주민센터
화재	건물	화재사고증명서(화재증명원, 사건사고사실확인원)	공공기관(소방서,경찰서) 등기소 주민센터 수리업체
		건물등기부등본	
		건축물관리대장	
		임대차계약서 (임대차 있는 경우)	
		공사견적서, 세금계산서 또는 수리비 영수증	
	가재도구	화재사고증명서(화재증명원, 사건사고사실확인원)	공공기관(소방서,경찰서) 주민센터 보험회사 구입업체
		주민등록등본	
		가재도구 명세서	
		구입영수증 또는 세금계산서	
		수리비견적서, 세금계산서 또는 수리비 영수증	
배상책임	대인	사고사실확인서류	보험회사 의료기관
		피해자 진단서 및 치료비명세서 (치료비영수증 등)	
		진료비계산서 · 영수증	
		진료기록지	
		손해배상금 및 기타비용지급 증빙서류	

	대물	사고사실확인서류 피해물품 사진 수리비견적서 또는 수리내역서 피해물내역서 및 구입증빙서류 손해배상금 및 기타비용지급 증빙서류	보험회사 수리업체 구입처
보이스피싱 손해	피해신고확인서 (사건사고사실확인원) 지급정지요청서 피해환급금 결정통지서 계좌이체내역서(피해금액 입증서류)		공공기관 (경찰서, 금융감독원) 금융기관 (은행)
도난손해	사건사고사실확인원 (또는 도난사고사실확인서) 피해물(품) 내역서 (당사 양식) 구입영수증 또는 세금계산서		공공기관 (경찰서) 구입처

※ 보험금 청구서류 외에 추가/대체 서류를 요청할 수 있으며, 필요에 따라서는 원본서류를 요청할 수 있습니다. 반드시 담당자와 필요서류에 대하여 상의하시기 바랍니다.

보험금 지급절차 안내

제출하신 서류가 회사에 접수되는 경우 보험금 지급심사 업무가 진행됩니다.

Ⅰ. 사고접수
1. 콜센터 접수 : 1566-1566(5번)
2. 인터넷 접수 : 홈페이지 www.axa.co.kr
3. 스마트폰 앱 접수

Ⅱ. 서류접수(우편/FAX)

Ⅲ. 담당자 배정

Ⅳ. 보험금 지급여부 결정 및 면책/부책 여부 통보
- 면책의 경우 : 부지급 사유 안내
- 부책의 경우 : 보험금 지급 안내

Ⅴ. 보험금 지급

○ 보험금 청구 소멸시효
- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.

○ 보험금 지급심사 위탁
- 보험업감독규정(금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정)에 의하면 '금융기관의 업무위탁은 금융업을 영위하기 위하여 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다'라고 명시하고 있습니다.

○ 손해사정사 선임 및 조사
- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업

무를 위탁할 수 있습니다.

※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체

- 회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 회사가 부담합니다.

○ **의료심사**

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

주요 민원사례

유형 : 해약환급금 관련

사례 : A씨는 보험가입 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 돌려받은 해약환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 불만 제기

* 유의(참고)사항 : 보험계약은 은행의 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해약환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

유형 : 납입최고안내문 관련

사례 : B씨는 보험가입 후 매월 납입해야 하는 보험료를 납입하지 않아 보험회사로부터 일정기한까지 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 실효 될 수 있다는 안내문을 받은 것에 대한 불만 제기

* 유의(참고)사항 : 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하도록 약관에 규정하고 있습니다.

유형 : 가입초기 면책기간 및 감액기간(90일, 50%) 관련

사례 : C씨는 암보험 가입 후 10개월 만에 암진단을 받아 보험금 청구시 청구비용의 50%만을 보상받은 것에 불만 제기

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

유형 : 알릴 의무 관련

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

* 유의(참고)사항 : 계약 전 알릴의무는 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무사항으로 임의 판단으로 누락 시에는 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용 범위

고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용되며, 고객은 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보'라 합니다)를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅'이라 합니다) 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

1) 본인정보의 이용 및 제3자 제공사실 통지 요구

고객은 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제35조에 따라 회사가 본인정보를 이용하거나 전국은행연합회, 손해보험협회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 회사에 요구할 수 있습니다.

2) 금융거래 거절근거 신용정보 고지의무

고객은 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제36조에 따라 회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보, 신용등급 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보와 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 회사에 요구할 수 있습니다.

3) 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제37조에 따라 가입신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단시킬 수 있습니다. (다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

4) 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제38조에 따라 전국은행연합회, 신용조회회사, 금융회사 등이 보유한 본인정보에 대해 열

람 청구가 가능하며 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

5) 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

· NICE신용평가정보(주) : 02-2122-4000 (www.nice.co.kr) · 서울신용평가정보(주) : 1577-1006 (www.sci.co.kr) · 코리아크레딧뷰로(주) : 02-708-1000 (www.koreacb.com)

3. 개인정보 유출 시 피해보상

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

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

· 당사 고객센터 : 1566-1566 (서울 용산구 한강대로 71길4) · 협회 개인신용정보 보호담당자 : 02-3702-8500 (서울 종로구 종로1길 50, 15,16층) · 금융감독원 개인신용정보 보호담당자 : 1322 (서울 영등포구 여의대로 38)

제 1 절
보 통 약 관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 또는 비용손해에 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. 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 계산 예시:
원금 100원을 10% 이자율로 2년간 저축하는 경우】
1년 후 : 100원(원금) + 100원 x 10%(1년차 이자) = 110원
2년 후 : 110원(1년차 금액) + 110원 x 10%(2년차 이자) = 121원

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

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

다. 보험계약대출이율: 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

【보험계약대출이율】
계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 "보험계약대출"이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 "보험계약대출이율"이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.
보험계약대출이율은 "AXA손해보험 홈페이지(www.axa.co.kr)→공시실→보험상품공시→적용이율→상품별 보험계약대출이율"에서 확인할 수 있습니다.

라. 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 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 계약의 보험기간 중에 "뇌출혈"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌출혈

진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"뇌출혈" 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "뇌출혈"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌출혈진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"뇌출혈" 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "뇌출혈"로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌출혈진단금을 지급합니다. 다만, 제25조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 계약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 "뇌출혈"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "뇌출혈"로 분류되는 질병으로 뇌출혈 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "뇌출혈"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여

야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 "뇌출혈"로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌출혈"로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 후 갱신되는 경우라도, 갱신 전 계약에서 지급된 보험금 지급사유에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

【심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)】
심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다. 단, 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애라 하더라도 상법 제732조(【별표 22】 참조) 상의 심신박약자로 단정하는 것은 아니며, 상법상의 유효한 서면동의를 할 수 있는지 여부 등을 기준으로 하여 판단합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
제8차 개정 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

---

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 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제7조(보험금 지급사유의 통지)

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

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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)(【별표22】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 제38조(분쟁의 조정) 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급될 수 없는 사유가 있는 경우, 예상되는 보험금의 50%를 한도로 그 범위 내에서 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제10조(만기환급금에 관한 사항)

이 상품은 순수보장성 보험으로 만기환급금이 없습니다.

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.

【사업방법서】

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

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

제12조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 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 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 그 이외의 경우는 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망에 의하여 민법(【별표22】 참조)의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제14조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】
계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약체결에 따른 계약자의 의무를 연대*로 합니다.
*연대(連帶): 어떠한 행위의 이행에 있어서, 두 사람 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 해당 의무를 이행할 의무가 있음.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제16조(알릴 의무 위반의 효과)
① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 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. 계약을 체결한 날(갱신 계약의 경우 최초계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내

용 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 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 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 제2호(【별표22】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제17조(사기에 의한 계약)

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

습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

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.

【청약】

계약상에 계약자가 보험자인 회사에 대하여 일정한 계약을 맺을 것을 목적으로 하여 행하는 일방적 의사표시를 청약이라고 합니다.

【승낙】

계약자의 청약에 대하여 회사가 그 계약의 성립을 목적으로 하여 행하는 의사표시를 계약의 승낙이라 합니다. 승낙을 하게 되면 회사는 보험증권을 계약자에게 교부합니다.

【제1회 보험료】

계약은 계약자의 청약에 대해 회사가 승낙함으로써 성립합니다. 계약이 성립하면 계약자는 보험료 납입의무를 지는데 이 의무에 의해 최초로 납입하는 보험료를 말합니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청

약일로부터 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 이 약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 이 약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조(청약의 철회)

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

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 금융소비자 보호에 관한 법률 제2조(정의) 제9호(【별표 22】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【철회】

효력이 발생하지 않은 법률행위의 효력을 장래에 향하여 저지하는 것을 말합니다. 거래의 취소는 한 번 효력이 발생한 후에 그 효력을 소멸시키는 행위이므로 철회와 취소는 구별하여야 합니다.

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

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

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제20조(약관교부 및 설명의무 등)

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

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

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 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】

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

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

【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 제2호(【별표22】 참조)에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【취소】

일단 유효하게 성립한 법률행위의 효력을 의사표시의 결함을 이유로 취소권자가 그 효력을 소멸시키는 것을 말합니다. 취소된 법률행위는 처음부터 무효인 것으로 봅니다.

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 보험계약대

출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제21조(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 제2조 제2호(【별표22】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2(【별표22】 참조)에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

【심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다. 단, 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애라 하더라도 상법 제732조(【별표22】 참조) 상의 심신박약자로 단정하는 것은 아니며, 상법상의 유효한 서면동의를 할 수 있는지 여부 등을 기준으로 하여 판단합니다.

【무효】

법률행위가 성립한 때부터 법률상 당연히 효력이 없는 것으로 확정된 것을 말합니다. 따라서 당사자가 의도한 법률상의 효과는 발생하지 않습니다.

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.

제22조(계약내용의 변경 등)

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

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

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

【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 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보

험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제23조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조(계약의 무효) 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.

【설명: 보험나이】

보험료 산정의 기준이 되는 나이로써, 피보험자의 출생일부터 계약일까지의 기간을 기준으로 합니다. 이 보험나이는 매년 계약 해당일에 증가되는 것으로 합니다. 다만, 해당연도의 계약 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약 해당일로 합니다.

③ 청약서류에 적힌 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일: 1988년 10월 2일, 현재(계약일): 2014년 4월 13일

⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

【해설: 피보험자의 나이 또는 성별이 변경된 경우】

피보험자의 나이 또는 성별이 변경된 경우, 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 인하여 계약자에게 추가로 납입하여야 하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

제24조(계약의 자동갱신)

① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 '갱신전 계약'이라 합니다)이 만기되는 날의 다음날(이하 '갱신일'이라 합니다)에 갱신전 계약과 동일한 보장내용으로 계약이 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내 일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것

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

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

④ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제3항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

제25조(계약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 "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.

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

② 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급한 때에는 이 계약의 보통약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한

경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표 21】 참조)을 따릅니다.

④ 제1항의 "사망"에는 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 계약이 소멸되는 경우에는 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

⑥ 제1항 및 제5항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제36조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 보험계약대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

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 것

으로 봅니다.

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

【보장개시일】

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

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

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

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 자동대출납입)

① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납

입을 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.

【해설: 보험료의 자동대출납입】

계약자는 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으나, 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제35조(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 알려 드립니다.

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

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

【납입최고기간】

보험료가 납입되지 않은 채 납입기일이 경과되었을 경우 납입기일로부터 일정기간까지 유예기간을 주어서 그 기간 내에 보험료가 납입되지 않으면 해당 계약의 효력이 상실됩니다.

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호(【별표22】 참조)에 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 제35조(해약환급금) 제1항에

따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

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

【부활】

계약자가 계속보험료를 납입하지 않아 계약이 실효된 경우에 계약자가 일정한 기간 내에 연체보험료와 약정이자의 지급 등 소정의 절차를 밟아 회사가 이를 승낙하면 계약을 실효 전의 상태로 회복시키는 제도를 말합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 혹은 종전계약 청약시 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제집행과 담보권 실행】

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

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

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

【국세 및 지방세 체납처분 절차】

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

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

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

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

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

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

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제21조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는 금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(【별표22】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

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

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

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제33조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에

고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금의 지급】

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제34조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제32조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

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

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

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

【배당금】

계약자로부터 납입된 보험료를 가지고 회사가 합리적인 경영을 행하여 발생한 이익금 중 계약자에게 환원하여주는 금액을 말합니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)

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

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 금융소비자 보호에 관한 법률 제42조(【별표22】 참조)에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지

않습니다.

제39조(관할법원)

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

제40조(소멸시효)

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

【소멸시효】

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 지급사유가 발생한 후 3년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2016년 9월 1일에 발생하였음에도 2019년 9월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제41조(약관의 해석)

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

【신의성실의 원칙】

권리의 행사나 의무의 이행은 '신의'에 좇아 '성실'히 하여야 한다는 근대 민법의 수정원리로서 공공복리, 거래안전, 권리남용의 금지와 함께 우리 민법의 기본원리를 이루고 있습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설

명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(전자서명법 제2조 제2호(【별표22】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

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

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제43조(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.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

회사가 보험수익자의 궁박, 경솔 또는 무경험을 이용하여 동일, 유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제44조(개인정보보호)

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제45조(준거법)

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

제46조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "5천만원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "5천만원까지" 보호됩니다.

제 2 절
특 별 약 관

1. 암관련 특별약관

1-1. (갱신형)암진단금(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"암" 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
"기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양" 진단시	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암" 진단시	보험가입금액의 100%
"기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양"	보험가입금액의 20%

진단시	

③ 피보험자가 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 진단금을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "대장점막내암" 및 "전암상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

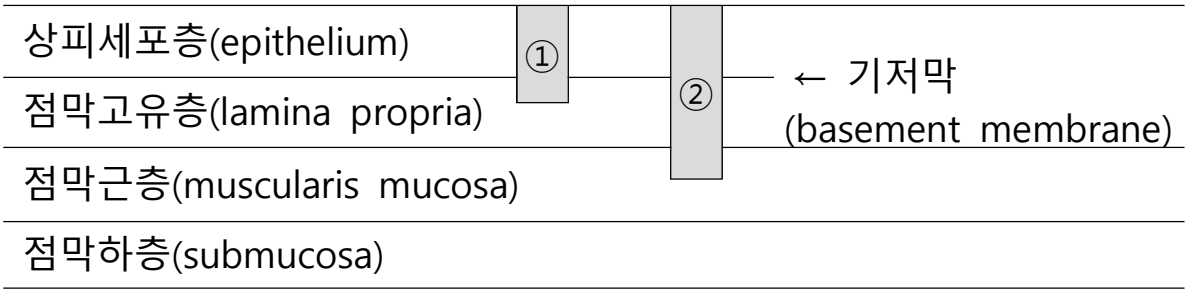
② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "기타피부암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "갑상선암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 "대장점막내암"이라 함은 대장의 상피세포층

(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

【대장점막내암 예시】



: 악성종양세포 침범깊이
① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

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

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

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

⑥ "암", "기타피부암", "갑상선암" 또는 "대장점막내암"의 진단확정은 병

리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암", "기타피부암", "갑상선암" 또는 "대장점막내암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암", "갑상선암" 또는 "대장점막내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "제자리암"으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표2】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "대장점막내암"은 제외합니다.

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

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "경계성종양"으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 제2조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 암진단금을 지급 받은 이후에 "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정된 경우에는 "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 진단금은 지급하지 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)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 후 갱신 되는 경우라도, 갱신 전 계약에서 지급된 보험금 지급사유에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제9조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정된 경우

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제2조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정되어 보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그

때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 "암"에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-2. (갱신형)암사망(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

①회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 암사망보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"암" 사망시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
"기타피부암" 또는 "갑상선암" 사망시	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 암사망보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암" 사망시	보험가입금액의 100%
"기타피부암" 또는 "갑상선암" 사망시	보험가입금액의 100%

제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하

는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "기타피부암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "갑상선암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

⑤ "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)

또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를

납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 "암"에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "갑상선암", "기타피부암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-3. (갱신형)5대고액치료비암진단금(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "5대고액치료비암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 5대고액치료비암진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"5대고액치료비암" 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "5대고액치료비암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 5대고액치료비암진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"5대고액치료비암" 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "5대고액치료비암"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 5대고액치료비암진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("5대고액치료비암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "5대고액치료비암"이라 함은 제8차 개정 한국표준

질병·사인분류에서 아래의 악성신생물(암)로 분류되는 질병으로 5대 고액치료비암 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

【5대 고액치료비암】

식도의 악성신생물
췌장의 악성신생물
골 및 관절연골의 악성신생물
뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물

② "5대고액치료비암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "5대고액치료비암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과 보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "5대고액치료비암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조

(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조("5대고액치료비암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "5대고액치료비암"으로 진단 확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("5대고액치료비암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "5대고액치료비암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 "5대고액치료비암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 "5대고액치료비암"에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-4. (갱신형)3대특정암진단금(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "3대특정암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 3대특정암진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"3대특정암" 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "3대특정암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 3대특정암진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"3대특정암" 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "3대특정암"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 3대특정암진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("3대특정암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "3대특정암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사

인분류에서 아래의 악성신생물(암)로 분류되는 질병으로 3대특정암 분류표(【별표6】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

【3대특정암】

남자	여자
위의 악성신생물 간 및 간내 담관의 악성신생물 담낭의 악성신생물 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물 기관의 악성신생물 기관지 및 폐의 악성신생물	유방의 악성신생물 외음, 질의 악성신생물 자궁경부, 자궁체부의 악성신생물 자궁의 상세불명부분의 악성신생물 난소의 악성신생물 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물 태반의 악성신생물

② "3대특정암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "3대특정암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "3대특정암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별

표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(“3대특정암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 "3대특정암"으로 진단확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을

지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("3대특정암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "3대특정암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 "3대특정암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 "3대특정암"에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-5. (갱신형)암진단후생활자금(5년,간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 5년 동안 매월 보험금 지급사유 발생일에 보험수익자에게 암진단후생활자금으로 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 보험금 지급사유 발생일로 합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"암" 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
"기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양" 진단시	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

【보험금 지급예시(보험가입금액 10만원, 최초계약시)】

구분	총지급금액	지급기준		1회 지급금액
"암" 진단시	-	최초계약일로부터 90일 이하	-	-
	300만원	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험가입금액의 50% × 60회	5만원
	600만원	최초계약일로부터 1년 이상	보험가입금액의 100% × 60회	10만원
"기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양" 진단시	60만원	최초계약일로부터 90일 이하	보험가입금액의 10% × 60회	1만원
	60만원	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험가입금액의 10% × 60회	1만원
	120만원	최초계약일로부터 1년 이상	보험가입금액의 20% × 60회	2만원

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 5년 동안 매월 보험금 지급사유 발생일에 보험수익자에게 암진단후생활자금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암" 진단시	보험가입금액의 100%
"기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암",	보험가입금액의 20%

"경계성종양" 진단시	

【보험금 지급예시】(보험가입금액 10만원, 갱신계약시)

구분	총지급금액	지급기준	1회 지급금액
"암" 진단시	600만원	보험가입금액의 100% × 60회	10만원
"기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양" 진단시	120만원	보험가입금액의 20% × 60회	2만원

③ 피보험자가 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 암진단후생활자금을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제1항과 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에 회사는 "평균공시이율을 반영하여 할인한 금액"과 " 적용이율을 반영하여 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

제2조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "대장점막내암" 및 "전암상태(Premalignant condition or condition with malignant potential,

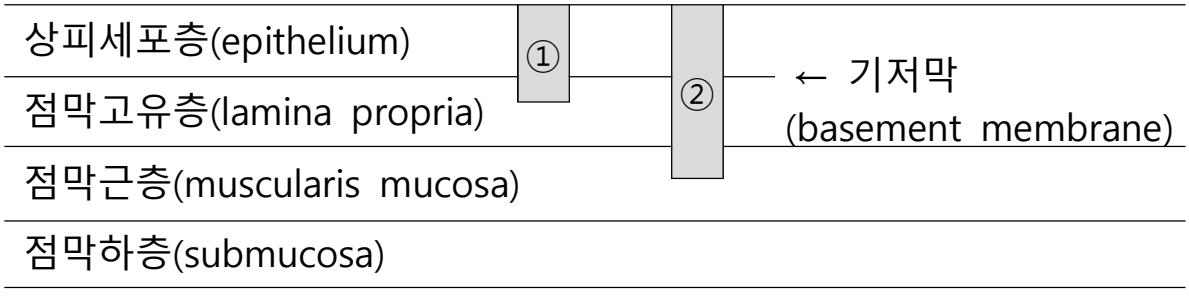
암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "기타피부암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "갑상선암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 "대장점막내암"이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

【대장점막내암 예시】



: 악성종양세포 침범깊이
① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부

위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

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

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

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

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

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암", "갑상선암" 또는 "대장점막내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "제자리암"으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표2】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2조("암", "기타피

부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "대장점막내암"은 제외합니다.

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

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "경계성종양"으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 제2조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 암진단후생활자금을 지급 받은 이후에 "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정된 경우에는 "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 암진단후생활자금은 지급하지 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)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 후 갱신되는 경우라도, 갱신 전 특별약관에서 지급된 보험금 지급사유에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제9조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정된 경우

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제2조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정되어 보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양"에

대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-6. (갱신형)암수술(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 암수술보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"암"으로 수술시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
"기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"으로 수술시	보험가입금액의 5%		보험가입금액의 10%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 암수술보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암"으로 수술시	보험가입금액의 100%
"기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"으로 수술시	보험가입금액의 10%

제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “기타피부암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “갑상선암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "제자리암"으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표2】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "제자리암"

의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "경계성종양"으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암수술보험금이 지급되지 않

습니다.

② 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

③ 제1항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제6조(수술의 정의와 장소) 제1항의 수술에서도 제외합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(수술의 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 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의

거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제8조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제10조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정된 경우

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 제2항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료

의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-7.
(갱신형)암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한)(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술을 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 암관혈수술보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 이하	최초계약일로부터 1년 초과
암관혈수술 (내시경,복강경하,흉강경하수술제외) (연간1회한)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	'기타피부암' '갑상선암' '제자리암' '경계성종양'	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 암관혈수술 지급사유에 해당된 때에는 아래의 금액을 보험수익자에게 암관혈수술보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
암관혈수술 (내시경,복강경하,흉강경하 수술제외) (연간1회한)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제6조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 '관혈수술'을 받은 날로 합니다.

제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "기타피부암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "갑상선암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "제자리암"으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표2】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "제자리암"

의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "경계성종양"으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

② 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

③ 제1항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제6조(수술의 정의와 장소) 제1항의 수술에서도 제외합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(수술의 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 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니

다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

④ 이 특별약관에서 "관혈수술"이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다. 단, "내시경수술", "복강경하수술", "흉강경하수술"은 제외합니다.

⑤ 이 특별약관에서 "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, "복강경하수술", "흉강경하수술"은 제외합니다.

⑥ 이 특별약관에서 "복강경하수술" 및 "흉강경하수술"이라 함은 "최소침습 수술" 방법의 하나로서, 복부 또는 흉부를 절개하는 대신 0.5~1.5CM 크기의 3~4군데 작은 구멍을 뚫어 천공을 통해 특수 카메라가 장착된 복강경 또는 흉강경과 수술 기구(겸자, 전기메스, 지혈 봉합기구 등)를 삽입하여 시행하는 수술을 말합니다.

⑦ 제6항에서 정한 "복강경하수술" 및 "흉강경하수술"에는 "로봇보조수술"을 포함하며, "로봇보조수술"이라 함은 내시경 및 수술용 기구 등을

로봇 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술을 말합니다.

제7조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효정이 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【별표22】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암',

'경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【사망에 관한 세부 규정】

사망에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우도 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종 선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

【계약자적립액】

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

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

---

② 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 제2항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사

유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-8. (갱신형)암수술(상급종합병원)(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 암수술(상급종합병원)보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 이하	최초계약일로부터 1년 초과
암수술시(상급종합병원)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	'기타피부암' '갑상선암' '제자리암' '경계성종양'	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 암수술(상급종합병원)보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 암수술시 (상급종합병원)	보험가입금액의 100%

제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “기타피부암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “갑상선암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "제자리암"으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표2】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "제자리암"

의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "경계성종양"으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

② 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

③ 제1항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제6조(수술의 정의와 장소) 제1항의 수술에서도 제외합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(수술의 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 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니

다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제7조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【별표22】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제8조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효정이 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【별표22】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제10조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알

았거나 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. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제12조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정된 경우

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【사망에 관한 세부 규정】

사망에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우도 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종 선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

【계약자적립액】

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

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

---

② 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 제2항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사

유로 인한 해지)를 따릅니다.

제12조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제14조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-9. (갱신형)항암방사선·약물치료비(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"암"으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 "기타피부암" 또는 "갑상선암" 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비로 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "기타피부암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "갑상선암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"기타피부암", "갑상선암"으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

③ 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암"으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 100%

④ 제2항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 "기타피부암" 또는 "갑상선암" 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비로 지급합니다.

1. 피보험자가 "기타피부암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
2. 피보험자가 "갑상선암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

[갱신계약시]

구분	지급금액
"기타피부암", "갑상선암"으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 20%

제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “기타피부암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “갑상선암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 항암방사선·약물치료비를 지급받은 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 "기타피부암" 또는 "갑상선암"에 대한 항암방사선·약물치료비는 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의

직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 후 갱신되는 경우라도, 갱신 전 계약에서 지급된 보험금 지급사유에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정되어 이 특별약관에 기재된 보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. “기타피부암”, “갑상선암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-10.
(갱신형)항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"암"으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 "기타피부암" 또는 "갑상선암" 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)로 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "기타피부암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "갑상선암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"기타피부암", "갑상선암"으로 급여 항암방사선·약물치료시(단, 기타피부암, 갑상선암 각각 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

③ 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암"으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

④ 제2항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 "기타피부암" 또는 "갑상선암" 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)로 지급합니다.

1. 피보험자가 "기타피부암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우
2. 피보험자가 "갑상선암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우

[갱신계약시]

구분	지급금액
"기타피부암", "갑상선암"으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 기타피부암, 갑상선암 각각 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20%

⑤ 제1항에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제3조(급여 항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 '급여 항암방사선·약물치료'를 받은 날로 합니다.

제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "기타피부암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "갑상선암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한

선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(급여 항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '급여 항암방사선치료'라 함은 국민건강보험법에서

정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "항암방사선치료" 항목에서 급여(전액본인부담 제외)항목이 발생한 경우로서 급여 항암방사선치료 분류표(【별표19】 참조)에서 정한 "항암방사선치료 대상 진료행위코드"를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 "항암방사선치료 대상 진료행위코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "항암방사선치료 대상 진료행위코드"를 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표(【별표19】 참조)에서 정한 진료행위 외에 "항암방사선치료 대상 진료행위코드"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

④ 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어 '급여 항암약물'이라 함은 급여 항암약물 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 약제를 말합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 '급여 항암약물'이 폐지 또는 변경되어 보험금지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 '급여 항암약물'을 따릅니다.

⑦ 제5항 및 제6항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 급여 항암약물 분류표(【별표20】 참조)에 해당하는 약제 외에 '급여 항암약물'에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 합니다. 단, 보건복지부 고시 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)"에서 정한 요양급여의 세부인정기준 및 방법을 벗어난 경우 또는 영수증 및 이에 대한 세부내역서를 통해 그 비용의 전액을 환자가 부담한 것으로 확인되는 경우는 해당하지 않습니다.

⑧ 이 특별약관에 있어 '급여 항암약물치료'라 함은 '급여 항암약물'을 투여하는 항암약물치료를 말합니다.

⑨ 이 특별약관에 있어 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 "항암약물"을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을

이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효정이 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【별표22】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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)(【별표22】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

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

다.

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제10조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정된 경우

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【사망에 관한 세부 규정】

사망에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우도 포함합니다.

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

【실종 선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

【계약자적립액】

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

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

② 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방

법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 제2항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "기타피부암", "갑상선암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-11. (갱신형)표적항암약물허가치료비(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"암"으로 표적항암약물허가치료시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
"기타피부암", "갑상선암"으로 표적항암약물허가치료시	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암"으로 표적항암약물허가치료시	보험가입금액의 100%
"기타피부암", "갑상선암"으로 표적항암약물허가치료시	보험가입금액의 20%

제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조("항암약물치료"의 정의)

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

제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '표적항암제'란 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중, 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 '표적항암제'의 범위에서 제외됩니다.

【추가설명 - 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】
"표적항암제"에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 "표적항암제"에 해당하는 의약품명및 성분명을 <부록>에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 보험약관 <부록>의 내용을 확인하시기 바랍니다.

---

② 이 특별약관에서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제3조("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)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

【추가설명 - 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항(【별표2 2】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 확인방법】
- 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)

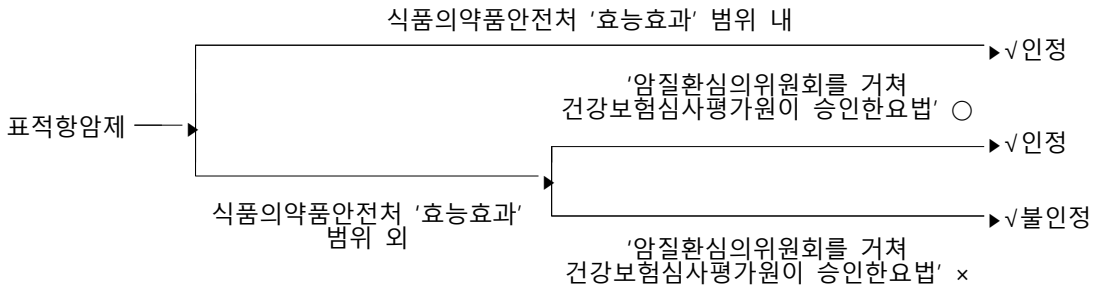
④ 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 표적항암약물허가치료비를 지급받은 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에는 "기타피부암" 또는 "갑상선암"에 대한 표적항암약물허가치료비는 지급하지 않습니다.

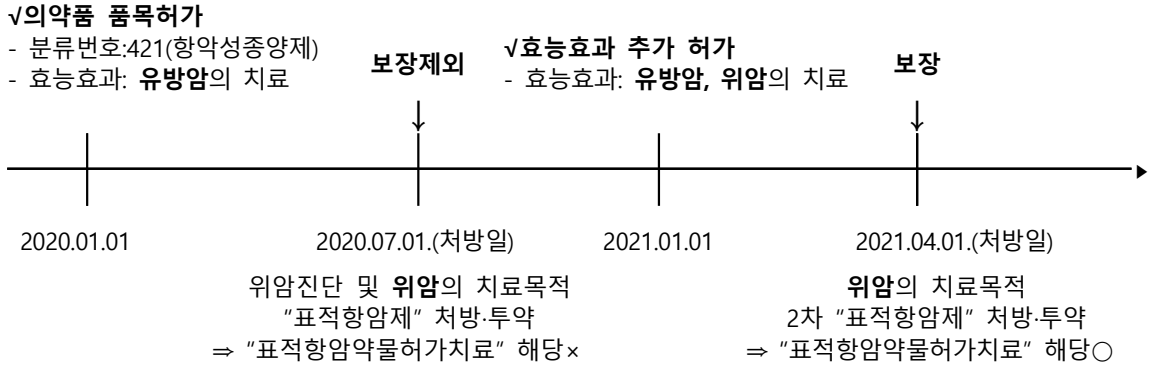
② 제1조(보험금의 지급사유)의 "표적항암약물허가치료비"는 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【추가설명 – 표적항암제의 '안정성 및 유효성' 인정 범위】

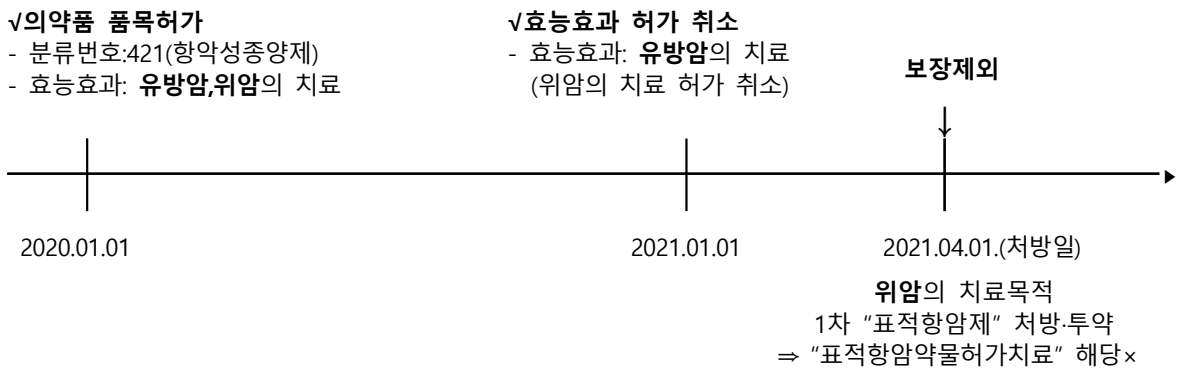


③ 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "표적항암약물허가치료를 받았을 때"는 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 '효능효과' 추가 허가】



【“안정성과 유효성 인정 범위” 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】



---

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 후 갱신되는 경우라도, 갱신 전 계약에서 지급된 보험금 지급사유에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서

가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경

우, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법" 사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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)(【별표22】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제10조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정된 경우

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정되어 표적항암약물허가치료비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때

까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. “기타피부암”, “갑상선암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-12.
(갱신형)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 표적항암약물허가치료비(연간1회한)로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
표적항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	"암"	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	"기타피부암", "갑상선암"	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 표적항암약물허가치료비(연간1회한)로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암", "기타피부암", "갑상선암"으로 표적항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여	보험가입금액의 100%

지급)	

③ 제1항에서 ‘연간’이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 표적항암약물허가치료를 받은 날로 합니다.

제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조("항암약물치료"의 정의)

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

제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '표적항암제'란 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중, 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 '표적항암제'의 범위에서 제외됩니다.

【추가설명 - 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】

"표적항암제"에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 "표적항암제"에 해당하는 의약품명및 성분명을 <부록>에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 보험약관 <부록>의 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제3조("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)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

【추가설명 - 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항(【별표22】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 확인방법】

- 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(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거

하거나 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

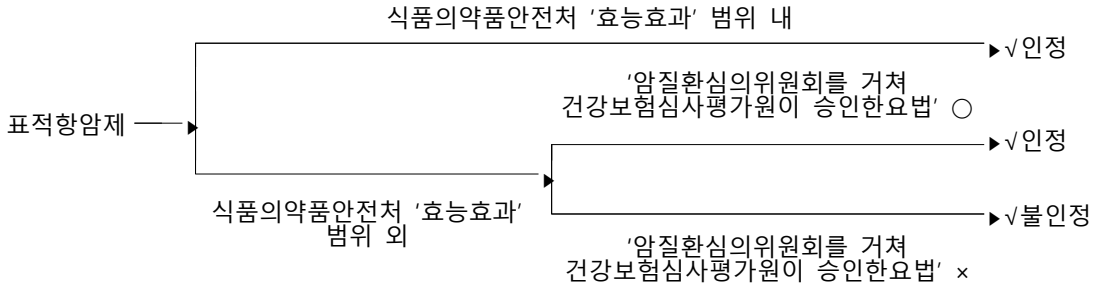
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효정이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【별표22】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

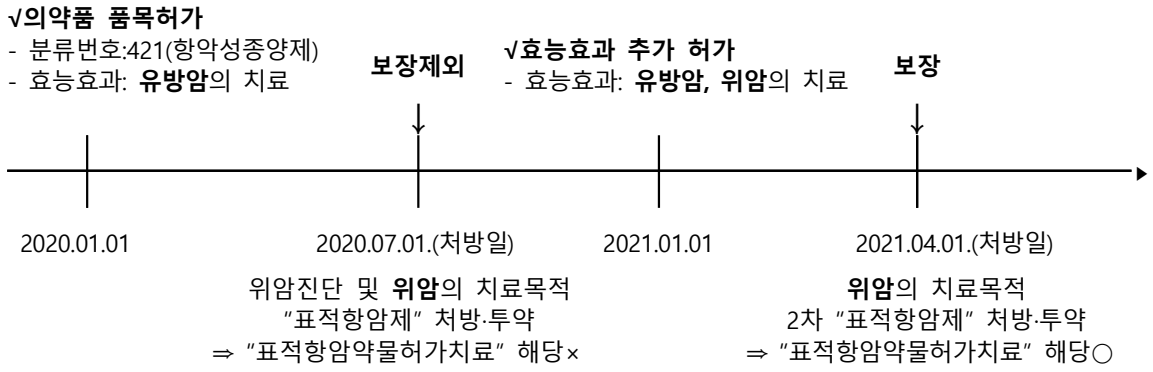
① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우, "표적항암제"가 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【추가설명 – 표적항암제의 '안정성 및 유효성' 인정 범위】

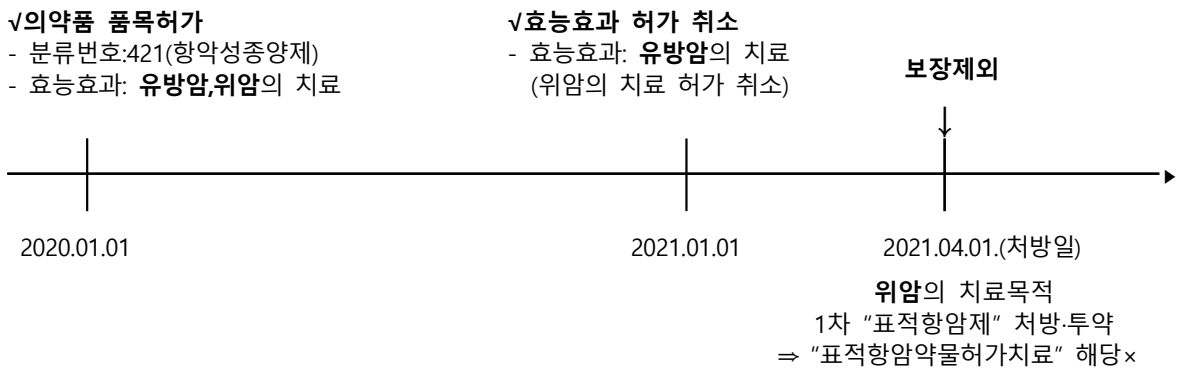


② 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "표적항암약물허가치료를 받은 경우"는 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 '효능효과' 추가 허가】



【“안정성과 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)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서

가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, “암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법” 사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경

우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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)(【별표22】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【사망에 관한 세부 규정】

사망에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우도 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종 선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

【계약자적립액】

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

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

---

② 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 제2항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사

유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "기타피부암", "갑상선암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-13. (갱신형)항암세기조절방사선치료비(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 이하	최초계약일로부터 1년 초과
"암"으로 항암세기조절방사선치료시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
"기타피부암", "갑상선암"으로 항암세기조절방사선치료시	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암", "기타피부암", "갑상선암"으로 항암세기조절방사선치료시	보험가입금액의 100%

제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “기타피부암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “갑상선암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제4조(항암세기조절방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)'라 함은 '항암방사선치료' 중, 피보험자의 '암','기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 "세기조절방사선치료법(방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료)"을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다. 단, 정위적방사선 치료비와 중복하여 지급하지 않습니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효정이 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【별표22】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 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)(【별표22】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

【사망에 관한 세부 규정】

사망에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우도 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종 선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

【계약자적립액】

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

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.
② "기타피부암", "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
   1. 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
   2. "기타피부암", "갑상선암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-14.
(갱신형)항암세기조절방사선치료비(치료횟수당)(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 이하	최초계약일로부터 1년 초과
항암세기조절방사선치료시(치료횟수당)	"암"	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	"기타피부암", "갑상선암"	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암", "기타피부암", "갑상선암"으로 항암세기조절방사선치료시(치료횟수당)	보험가입금액의 100%

제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “기타피부암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “갑상선암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제4조(항암세기조절방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)'라 함은 '항암방사선치료' 중, 피보험자의 '암','기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 "세기조절방사선치료법(방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료)"을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다. 단, 정위적방사선 치료비와 중복하여 지급하지 않습니다.

제5조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유

효정이 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【별표22】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조(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)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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)(【별표22】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【사망에 관한 세부 규정】

사망에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우도 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종 선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

【계약자적립액】

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

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

---

② 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 제2항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사

유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "기타피부암", "갑상선암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-15. (갱신형)항암양성자방사선치료비(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암양성자방사선치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 이하	최초계약일로부터 1년 초과
"암"으로 항암양성자 방사선치료시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
"기타피부암", "갑상선암"으로 항암양성자 방사선치료시	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암양성자방사선치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암", "기타피부암", "갑상선암"으로 항암양성자 방사선치료시	보험가입금액의 100%

제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “기타피부암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “갑상선암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제4조(항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암양성자방사선치료'라 함은 '항암방사선치료' 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크, Bragg Peak)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제5조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효정이 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【별표22】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조(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)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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)(【별표22】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

【사망에 관한 세부 규정】

사망에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우도 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종 선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

【계약자적립액】

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

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.
② "기타피부암", "갑상선암"에 대한 보장개시일은 최초계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
   1. 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
   2. "기타피부암", "갑상선암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-16.
(갱신형)항암양성자방사선치료비(치료횟수당)(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 항암양성자방사선치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 이하	최초계약일로부터 1년 초과
항암양성자방사선치료시(치료횟수당)	"암"	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	"기타피부암" "갑상선암"	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 항암양성자방사선치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암", "기타피부암", "갑상선암"으로 항암양성자방사선치료시(치료횟수당)	보험가입금액의 100%

제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “기타피부암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “갑상선암”으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제4조(항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암양성자방사선치료'라 함은 '항암방사선치료' 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크, Bragg Peak)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제5조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효정이 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【별표22】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조(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)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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)(【별표22】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【사망에 관한 세부 규정】

사망에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우도 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종 선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

【계약자적립액】

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

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

---

② 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 제2항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사

유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "기타피부암", "갑상선암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-17.
(갱신형)특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
특정면역항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	"암"	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	"기타피부암", "갑상선암"	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암", "기타피부암", "갑상선암"으로 특정면역항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항에서 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는

계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 특정면역항암약물허가치료를 받은 날로 합니다.

제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조("항암약물치료"의 정의)

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

제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '특정면역항암제'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 치료제 중 아래의 2가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 항암치료제의 범위에서 제외됩니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제

【추가설명】

【면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)】

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(Immune Checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의 항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【'특정면역항암제' 해당 의약품명 및 성분명 안내】

'특정면역항암제'에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 '특정면역항암제'에 해당하는 의약품명및 성분명을 <부록>에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 보험약관 <부록>의 내용을 확인하시기 바랍니다.

② '특정면역항암약물허가치료'라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중, 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 '특정면역항암제'를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

【추가설명 - 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항(【별표22】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 확인방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 '효능효과' 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)' 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)–의료정보–의약품정보–암질환사용약제및요법
  – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 '특정면역항암제'의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '특정면역항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가

인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효정이 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【별표22】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

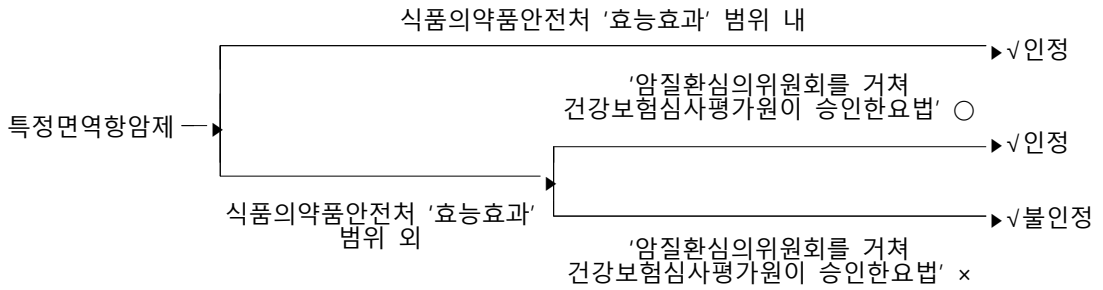
⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우, "특정면역항암제"가 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 요

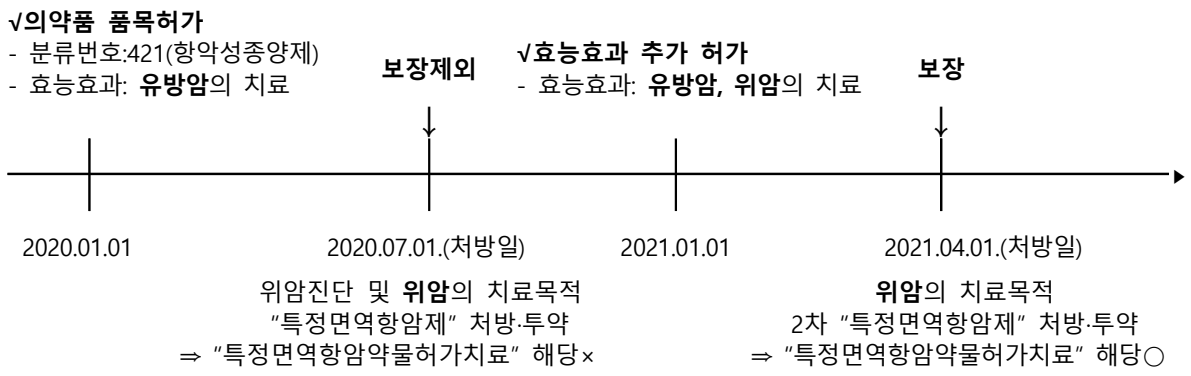
법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【추가설명 – 특정면역항암제의 '안정성 및 유효성' 인정 범위】

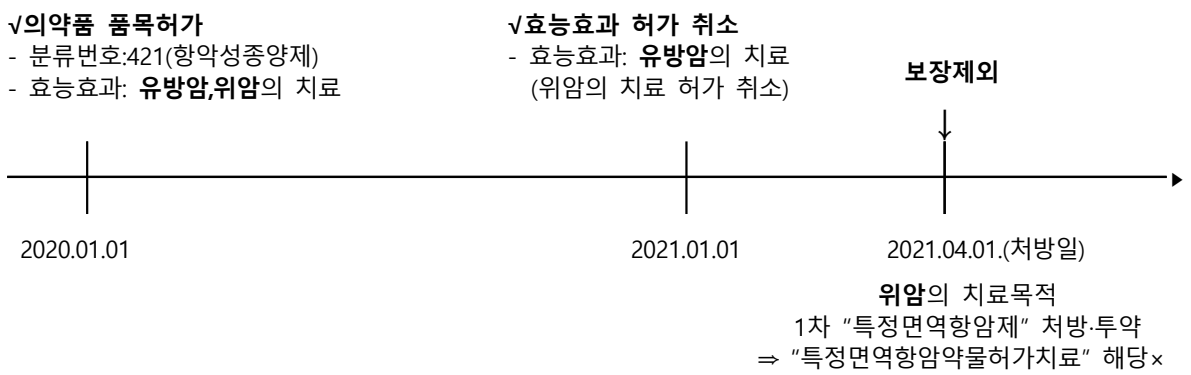


② 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "특정면역항암약물허가치료를 받은 경우"는 "특정면역항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 '효능효과' 추가 허가】



【"안정성과 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)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정면역항암약물허가치료 증명서

가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법" 사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 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)(【별표22】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【사망에 관한 세부 규정】

사망에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우도 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종 선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

【계약자적립액】

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

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

② 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 제2항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사

유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "기타피부암", "갑상선암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-18. (갱신형)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
특정항암호르몬약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	"암"	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	"기타피부암", "갑상선암"	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암", "기타피부암", "갑상선암"으로 특정항암호르몬약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항에서 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는

계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료를 받은 날로 합니다.

제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조("항암약물치료"의 정의)

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

제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '특정항암호르몬치료제'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, 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 종양의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【추가설명】

【'특정항암호르몬약물허가치료제' 해당 의약품명 및 성분명 안내】

'특정항암호르몬약물허가치료제'에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 11월 기준 '특정항암호르몬약물허가치료제'에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <부록>에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 보험약관 <부록>의 내용을 확인하시기 바랍니다.

② '특정항암호르몬약물허가치료'라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중, 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 '특정항암호르몬치료제'를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

【추가설명 - 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항(【별표22】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 확인방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 '효능효과' 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)' 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)–의료정보–의약품정보–암질환사용약제및요법
  – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 '특정항암호르몬치료제'의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '특정항암호르몬치료제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거

하거나 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

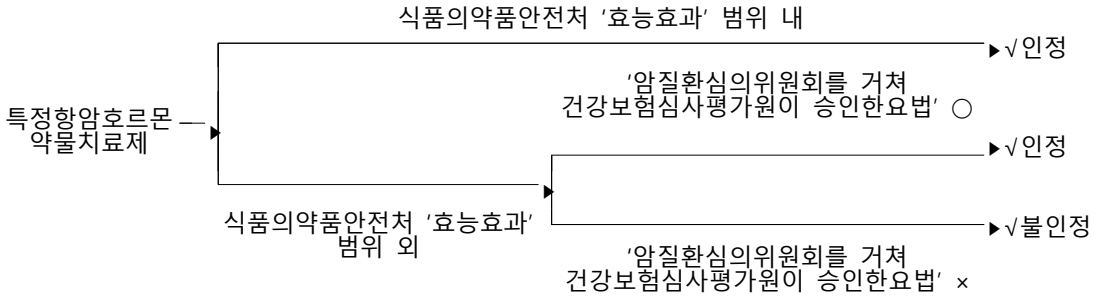
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효정이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【별표22】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

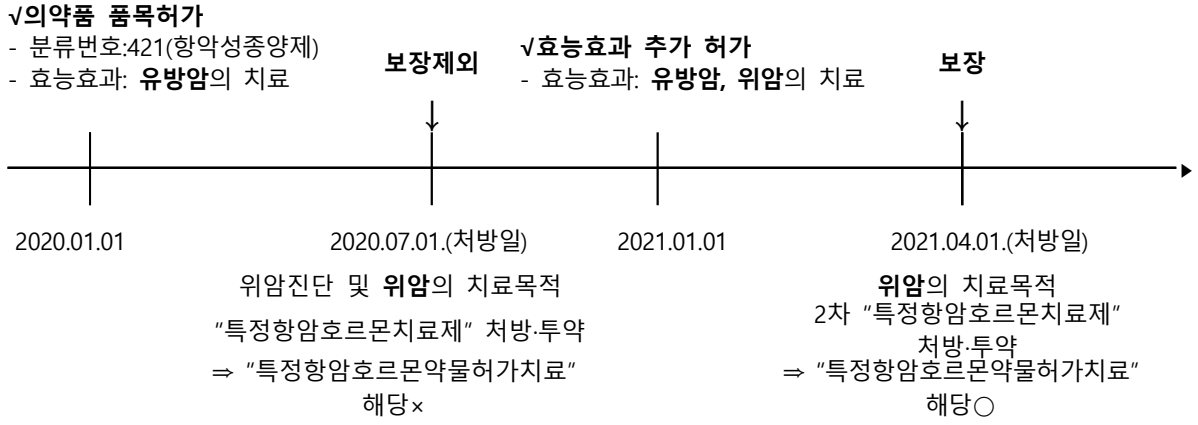
① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우, "특정항암호르몬치료제"가 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【추가설명 – 특정항암호르몬약물치료제의 '안정성 및 유효성' 인정 범위】

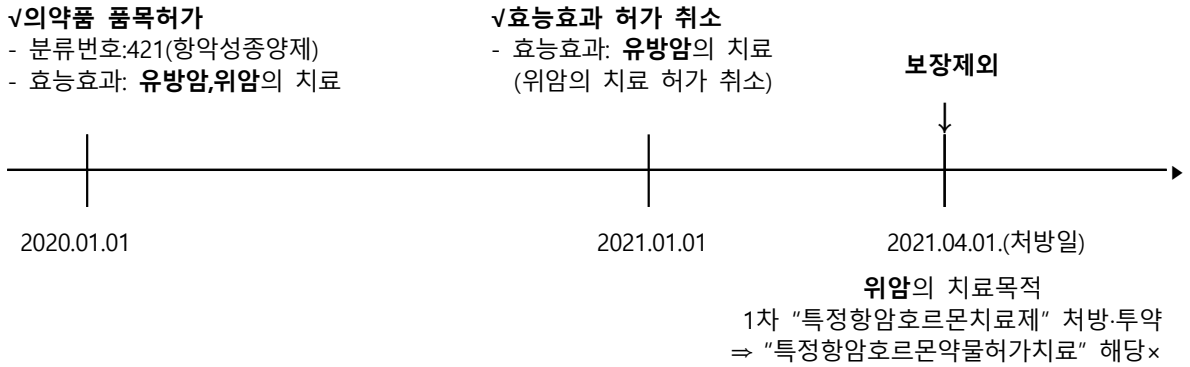


② 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우"는 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 '효능효과' 추가 허가】



【"안정성과 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)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물허가치료 증명서

가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법" 사용 여부

ㅁ. 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 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)(【별표22】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【사망에 관한 세부 규정】

사망에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우도 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종 선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

【계약자적립액】

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

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

---

② 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 제2항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제11조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제35조(중대사

유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "기타피부암", "갑상선암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-19. (갱신형)카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 카티(CAR-T)항암약물허가치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
카티(CAR-T)항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	"암"	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	"기타피부암", "갑상선암"	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제26조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 카티(CAR-T)항암약물허가치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"암", "기타피부암", "갑상선암"으로 카티(CAR-T)항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항에서 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는

계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제4조(카티(CAR-T)항암약물허가치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의)에서 정한 카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 날로 합니다.

제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "암"으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 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.

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

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조("항암약물치료"의 정의)

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

제4조(카티(CAR-T)항암약물허가치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제'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.

【추가설명】

【'CAR-T치료제'】

'카티(CAR-T)치료제'란 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 체 내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

② '카티(CAR-T)항암약물허가치료'라 함은 '항암약물치료' 중, 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암"의 치료를 목적으로 "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

【추가설명 - 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항(【별표22】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 확인방법】

- 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)항암약물허가치료제'의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【별표22】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거

하거나 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 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

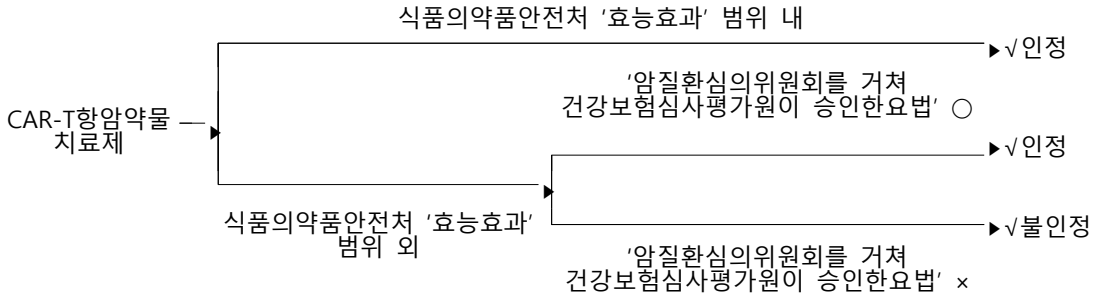
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효정이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 안하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【별표22】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

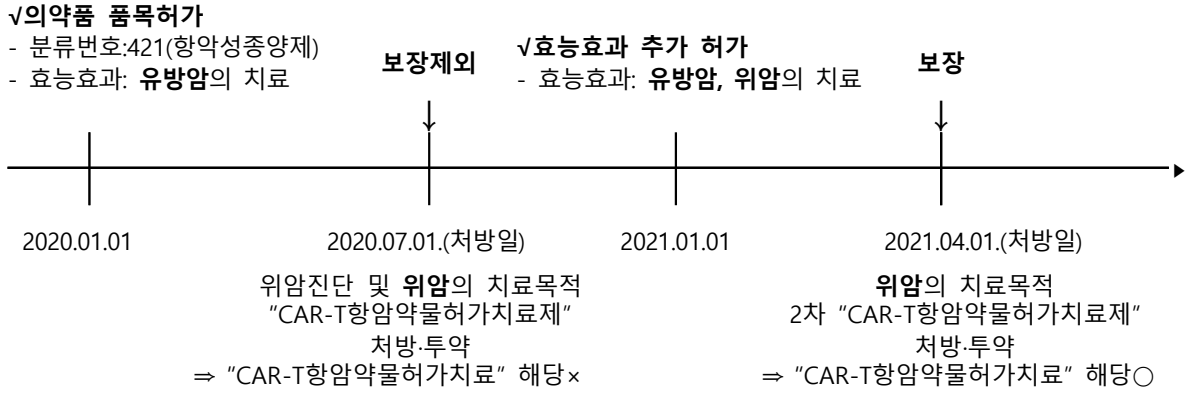
① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우, "카티(CAR-T)항암약물허가치료제"가 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【추가설명 – 카티(CAR-T)항암약물치료제의 '안정성 및 유효성' 인정 범위】

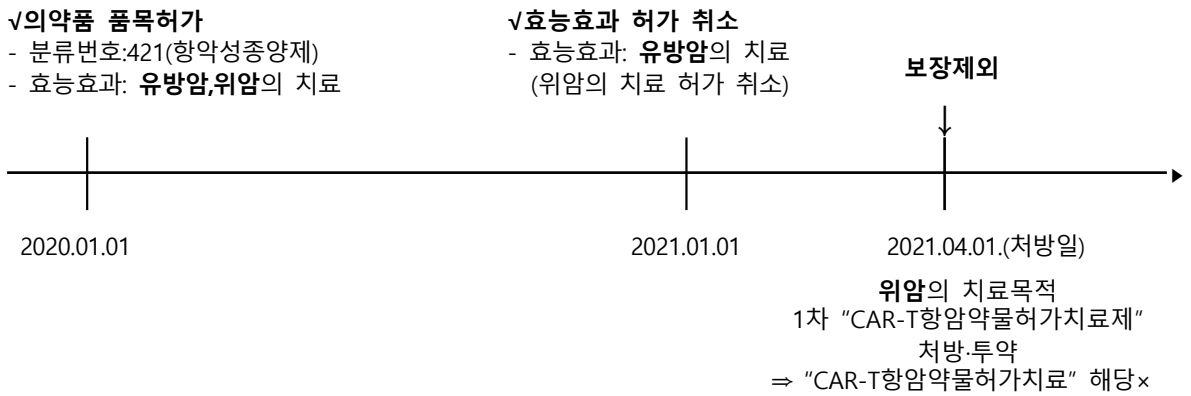


② 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우"는 "카티(CAR-T)항암약물허가치료제"를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(카티(CAR-T)항암약물허가치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 '효능효과' 추가 허가】



【"안정성과 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)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 증명서

가. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 진단서 또는 카티(CAR-T)항암약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법" 사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 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)(【별표22】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1절 보통약관 제21조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【사망에 관한 세부 규정】

사망에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우도 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종 선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

【계약자적립액】

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

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

② 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 제2항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제11조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제35조(중대사

유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② "기타피부암", "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "기타피부암", "갑상선암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2. 질병 관련 특별약관

2-1. (갱신형)통풍진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "통풍"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통풍진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"통풍" 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "통풍"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통풍진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"통풍" 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "통풍"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 통풍진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("통풍"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "통풍"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 "통풍"으로 분류되는 질병으로 통풍 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "통풍"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기

관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "통풍"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을

지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-2. (갱신형)대상포진진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "대상포진"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 대상포진진단금으로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "대상포진"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 대상포진진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액을 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("대상포진"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "대상포진"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 "대상포진"으로 분류되는 질병으로 대상포진 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "대상포진"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-3. (갱신형)대상포진눈병진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "대상포진눈병"으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 대상포진눈병진단금으로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "대상포진눈병"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 대상포진눈병진단금을 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(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("대상포진눈병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "대상포진눈병"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 "대상포진눈병"으로 분류되는 질병으로 대상포진눈병 분류표(【별표9】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "대상포진눈병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조

(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-4. (갱신형)알츠하이머병진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "알츠하이머병"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 알츠하이머병진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"알츠하이머병" 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "알츠하이머병"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 알츠하이머병진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"알츠하이머병" 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "알츠하이머병"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 알츠하이머병진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("알츠하이머병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "알츠하이머병"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 "알츠하이머병"으로 분류되는 질병으로 알츠하이머병 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "알츠하이머병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 정신건강의학과 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 간이정신상태검사(MMSE), 뇌파검사(EEG), 자기공명영상(MRI), 단일광자방출단층촬영(SPECT), 양전자방출단층촬영(PET), 뇌척수액검사을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "알츠하이머병"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절

차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-5. (갱신형)루게릭병진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "루게릭병"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 루게릭병진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"루게릭병" 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "루게릭병"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 루게릭병진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"루게릭병" 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "루게릭병"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 루게릭병진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("루게릭병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "루게릭병"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인

분류에 있어서 "루게릭병"으로 분류되는 질병으로 루게릭병 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "루게릭병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 혈액검사, 뇌척수액검사(CSF), 근조직생검사(Muscle Biopsy), 근전도검사(EMG), 경부 X-선 검사, 자기공명영상(MRI), 척수조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "루게릭병"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보

험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-6. (갱신형)파킨슨병진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "파킨슨병"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 파킨슨병진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"파킨슨병" 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "파킨슨병"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 파킨슨병진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"파킨슨병" 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "파킨슨병"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 파킨슨병진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("파킨슨병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "파킨슨병"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 "파킨슨병"으로 분류되는 질병으로 파킨슨병 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
② "파킨슨병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 정신건강의학과 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 도파민-단일광자방출단층촬영(SPECT), 파킨슨병의 평가도구(UPDRS), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "파킨슨병"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한

경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-7. (갱신형)뇌졸중진단금(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌졸중진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"뇌졸중" 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "뇌졸중"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌졸중진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"뇌졸중" 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "뇌졸중"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌졸중진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류에서 "뇌졸중"으로 분류되는 질병으로 뇌졸중 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "뇌졸중"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에서

정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보

험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-8. (갱신형)뇌혈관질환진단금(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌혈관질환진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"뇌혈관질환" 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌혈관질환진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"뇌혈관질환" 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "뇌혈관질환"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌혈관질환진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "뇌혈관질환"으로 분류되는 질병으로 뇌혈관질환 분류표

(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "뇌혈관질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-9. (갱신형)급성심근경색증진단금(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 급성심근경색증진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"급성심근경색증" 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "급성심근경색증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 급성심근경색증진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"급성심근경색증" 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "급성심근경색증"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 급성심근경색증진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류에서 "급성심근경색증"으로 분류되는 질병으로 급성심근

경색증 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② "급성심근경색증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에서 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 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약

자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-10. (갱신형)허혈성심장질환진단금(간편심사) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 허혈성심장질환진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"허혈성심장질환" 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 보통약관 제24조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "허혈성심장질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 허혈성심장질환진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"허혈성심장질환" 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "허혈성심장질환"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 허혈성심장질환진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【별표22】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "허혈성심장질환"으로 분류되는 질병으로 허혈성심

장질환 분류표(【별표17】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "허혈성심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에서 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 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표22】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

3. 비용관련 특별약관

3-1. (갱신형)보이스피싱손해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 전화금융사기(보이스피싱) 사고로 대한민국 내에서 금전적인 손해를 입은(또는 지출한) 경우에는 피보험자가 입은(또는 지출한) 실제 금전손해액의 70%를 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 보이스피싱손해보험금으로 지급합니다. 다만, 피보험자는 사고가 발생한 경우에 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 제3조(【별표22】 참조)에 따라 전기통신금융사기의 피해 구제를 신청하여야 합니다.

제2조(전화금융사기(보이스피싱) 등의 정의)

① "전화금융사기(보이스피싱)"라 함은 사기범이 전화로 피보험자에게 전화를 걸어 공공기관, 금융기관, 수사기관 등을 사칭해 세금환급, 대금연체(신용카드, 이동통신이용료 등), 카드 도용, 카드발급, 출석요구, 거짓 납치사고, 범죄 연루 등을 빌미로 송금을 요구하거나 개인정보 및 금융정보를 탈취하는 수법을 말합니다.

② "실제 금전손해액"이라 함은 전화금융사기(보이스피싱)으로 인하여 송금·이체된 금액에서 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 제10조(【별표22】 참조)에 의해 지급되는 피해환급금을 제외한 금액을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "피해환급금"이라 함은 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 제5조(【별표22】 참조)에 따라 금융감독원이 채권소멸절차의 개시 공고 후 소멸된 채권을 기초로 동법 제10조(【별표22】 참조)에 따라 금융회사가 피보험자에게 지급하도록 결정한 금액을 의미합니다.

④ 이 특별약관에서 "개인정보"라 함은 생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 해당정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 해당 개인을 식별할 수가 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함합니다)를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조

(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 그 법정대리인의 고의나 중대한 과실, 또는 이들이 미리 알고 있었거나 제3자와의 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위 또는 불성실 행위
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 배우자 및 친족(민법 제777조(【별표22】 참조))이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족(민법 제777조(【별표22】 참조))에 의한 사고
4. 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 제10조(【별표22】 참조)에 따라 지급 받은 해당금액
5. 제1조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
6. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
7. 원인의 직·간접을 불문하고 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해
8. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
9. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장해
10. 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
11. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사
12. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 경찰서에서 발행한 피해금액이 명시된 피해신고확인서
3. 피해자 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 지급정지요청서(전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 시행령 별지 제2호)사본. 단, 지급정지금액이 없는 경우 피해구제신청서(전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급

에 관한 특별법 시행령 별지 제1호)사본 및 지급정지금액 없음을 증명할 수 있는 서류

5. 금융감독원의 '피해환급금 결정 통지서'또는 객관적으로 피해환급금 수령을 증명할 수 있는 서류
6. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제5조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 담보하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는, 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액 X } \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【비례 분담 예시】

예시) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1백만원, 자기부담금 손해액의 30%)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 300,000원 = 700,000원

B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 300,000원 = 700,000원

A사, B사 보상책임액의 합계액(1,400,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000 \times \frac{700{,}000}{1{,}400{,}000} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000 \times \frac{700{,}000}{1{,}400{,}000} = 500{,}000\text{원}$$

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다.

이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제6조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 제2항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표21】 참조)을 따릅니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제33조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관에서 정한 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제25조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

제3절 제도성 특별약관

1. 특정신체부위및질병보장제한부인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(제1절 보통약관 및 제2절 특별약관이 포함된 경우 그 특별약관을 포함합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않거나 해당계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 인과관계가 있다는 의사의 소견이 있는 경우 또는 인과관계가 경험통계적으로 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사의 계약사정기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

【해설: 계약사정기준】

계약사정기준이란 계약인수시 계약자가 고지한 질병, 직업, 건강진단결과 등을 토대로 보험가입 거절, 일부 보장 제외 및 보험금 삭감 등 조건부 인수 여부를 결정하는 기준을 말합니다.

③ 이 특별약관의 효력발생일은 제1절 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제1절 보통약관 및 제2절 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 진단 확정된 질병을 원인으로 사망하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보상하여 드립니다.

1. 회사가 지정한 부위(이하 '특정신체부위'라 합니다)에 발생한 질병(【별표18】 참조) 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다)
2. 회사가 지정한 질병(이하 '특정질병'이라 합니다)(【별표18】 참조)

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간(이하 '부담보 기간'이라 합니다)은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 "1개월부터 5년" 또는 "보험계약의 보험기간 전체"로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험업법 제97조 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 '유사계약'이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 부담보 기간 종료일 이내에서 계약의 부담보 기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병 및 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병과 관련한 새로운 위험(재진단·치료 등은 새로운 위험에 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.

④ 제2항에서 회사가 부담보 기간을 "보험계약의 보험기간 전체"로 적용한 경우 최초 계약 청약일부터 5년 이내에 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병 및 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병 또는 제1항 제2

호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다. 단, 계약 청약일 현재 부담보 기간을 "보험계약의 보험기간 전체"로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병 및 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

⑤ 제4항의 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우는 다음의 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑥ 제1항에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑦ 피보험자가 이 특별약관에서 정한 회사가 부담보 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 부담보 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

⑨ 제1항의 특정신체부위와 특정질병은 6개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 제1절 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(계약 전 알릴 의무 위반시 부담보의 효과)

회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 다만, 회사가 보험계약 인수기준에 따라 조건부 등으로 인수가 가능한 경우 계약자의 동의를 얻어 부담보를 설정(이 특별약관을 부가)하여 계약을 유지할 수 있습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관 및 제2절의 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 보험료자동이체납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

① 계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자가 지정하는 계좌(신용카드 포함) 또는 피보험자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌(신용카드 포함)를 이용하여 보험료를 자동납입 합니다.

② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자 또는 피보험자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자 또는 피보험자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다.)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 제1절 보통약관 제18조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약 청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(보험료 자동납입의 해지)

① 제1조(보험료의 납입)에 따라 보험료를 자동납입하는 경우 해당 계좌(신용카드 포함)의 예금주는 계약자의 동의 없이도 보험료의 자동납입을 해지할 수 있습니다.

② 보험료 자동납입의 해지 후 보험료가 납입기일까지 납입되지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에는 제1절 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관 및 제2절의 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 제재위반 부담보 특별약관

보험회사는 담보, 보험금, 보상의 제공 또는 그러한 혜택을 제공함으로써 UN 결의안, 무역/경제 제재, EU나 영국 또는 미국의 법률이나 규정에 의한 제재나 금지 또는 제한을 받게 될 경우에는, 보험금을 지급하거나 어떤 혜택을 제공할 책임이 없습니다.

4. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 제1절 보통약관 및 제2절 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가되어집니다.

② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 제1절 보통약관 또는 제2절 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정을 포함합니다) 할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족(민법 제777조(【별표22】 참조))

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. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관 및 제2절의 해당특별약관을 따릅니다.

5. 장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호(【별표22】 참조)에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험
2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제 1항(【별표22】 참조)에서 규정한 장애인인 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 제107조(장애인의 범위)】

① 소득세법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

1. 장애인복지법에 따른 장애인 및 장애아동 복지지원법에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 삭제<2001.12.31.>
4. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

---

② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

【이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 1】

전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한 명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

【이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 2】

전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한 명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

【이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 3】

전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

제2조(제출서류)

① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본(이하, '장애인증명서'라 합니다)을 제출하여 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 장애인복지법에 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 장애인증명서

를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호(【별표22】 참조)에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【예시】

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2019년 1월 15일~ 2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년 6월 1일 ~ 2019년 12월 31일) 납입된 보험료만 2019년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해 연도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우에는 당해 연도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인 전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【예시】

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범

위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우, 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

【별표1】 악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주3) 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

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

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

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

② 진단 당시의 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.

【별표2】 제자리신생물 분류표

① 약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
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

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표3】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사

인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
2. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
3. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
4. 신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
5. 방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1
6. 피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
7. 뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
8. 신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
9. 골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
10. 난소의 이차성 악성 신생물	C79.6
11. 부신의 이차성 악성 신생물	C79.7
12. 기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.8
13. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주3) 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

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

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

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

② 진단 당시의 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.

【별표5】 5대고액치료비암 분류표

① 약관에 규정하는 5대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
식도의 악성 신생물	C15
췌장의 악성 신생물	C25
골 및 관절연골의 악성 신생물 - 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물 - 기타 및 상세불명 부위의 골 관절연골의 악성 신생물	C40-41 C40 C41
뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물 - 수막의 악성 신생물 - 뇌의 악성 신생물 - 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C70-72 C70 C71 C72
림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물 - 호지킨 림프종 - 소포성 림프종 - 비소포성 림프종 - 성숙 T/NK-세포 림프종 - 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종 - T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태 - 악성 면역증식성 질환 - 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물 - 림프성 백혈병 - 골수성 백혈병 - 단핵구성 백혈병 - 명시된 세포형의 기타 백혈병 - 상세불명 세포형의 백혈병 - 림프,조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물 - 만성 골수증식질환 - 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	C81-96, D47.1, D47.5 C81 C82 C83 C84 C85 C86 C88 C90 C91 C92 C93 C94 C95 C96 D47.1 D47.5

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자

가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표6】 3대특정암 분류표

① 약관에 규정하는 3대특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병		분 류 코 드
남성 3대 특정암	1. 위의 악성신생물	C16
	2. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
	3. 담낭의 악성신생물	C23
	4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
	5. 기관의 악성신생물	C33
	6. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
여성 3대 특정암	1. 유방의 악성신생물	C50
	2. 외음의 악성신생물	C51
	3. 질의 악성신생물	C52
	4. 자궁경부의 악성신생물	C53
	5. 자궁체부의 악성신생물	C54
	6. 자궁의 상세불명 부분의 악성신생물	C55
	7. 난소의 악성신생물	C56
	8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물	C57
	9. 태반의 악성신생물	C58

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표7】 통풍 분류표

① 약관에 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
통풍	M10

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표8】 대상포진 분류표

① 약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
대상포진	B02

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표9】 대상포진눈병 분류표

① 약관에 규정하는 대상포진눈병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
대상포진눈병	B02.3

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표10】 알츠하이머병 분류표

① 약관에 규정하는 알츠하이머병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
알츠하이머병	G30
알츠하이머병에서의 치매(G30.-+)	F00

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표11】 루게릭병 분류표

① 약관에 규정하는 루게릭병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
가족성 근위축측삭경화증	G12.20
산발형 근위축측삭경화증	G12.21

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표12】 파킨슨병 분류표

① 약관에 규정하는 파킨슨병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
파킨슨병	G20
파킨슨병에서의 치매(G20+)	F02.3

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표13】 뇌출혈 분류표

① 약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표14】 뇌졸중 분류표

① 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표15】 뇌혈관질환 분류표

① 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표16】 급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표17】 허혈성심장질환 분류표

① 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표18】 특정신체부위·질병분류표

Ⅰ. 특정신체부위

구분	특정신체부위
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(가운데 귀), 내이(속 귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기)포함]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)

34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당 신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

Ⅱ. 특정질병

① 약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
51	담석증	K80 담석증
52	요로결석증	N20 신장 및 요관의 결석 N21 하부 요로의 결석 N22 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석 N23 상세불명의 신장 급통증
53	관절증 및 류마티스 관절염	M05 혈청검사 양성 류마티스 관절염 M06 기타 류마티스 관절염 M08 연소성 관절염 M13 기타 관절염 M15 다발성관절증 M16 고관절증

		M17 무릎관절증 M18 제1수근중수관절의 관절증 M19 기타 관절증
54	척추질환	M47 척추증 M48.0 척추 협착 M50 경추간판장애 M51 기타추간판장애 M54 등통증
55	골반염	N73 기타여성골반염증질환 N74 달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증 장애
56	자궁내막증	N80 자궁내막증
57	자궁근종	D25 자궁의 평활근종
58	연골증	M91 고관절 및 골반의 연소성 골연골증 M92 기타 연소성 골연골증 M93 기타 골연골병증 M94 연골의 기타 장애

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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

【별표19】 급여 항암방사선치료 분류표

약관에서 규정하는 '급여 항암방사선치료'로 분류되는 의료행위는 급여 항암방사선치료 분류표에 해당하는 진료행위를 말합니다(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다).

대 상 분 류	분류번호
1. 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획	다-401
2. 밀봉소선원치료에 대한 치료계획 및 모의치료	다-402
3. 치료 보조기구 고안 및 제작	다-403
4. 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술(계획)	다-404
5. 체내(체표면) 선량측정 Dosimetry	더-401
6. 체외조사 Teletherapy(1회당)	다-405
7. 회전조사 Rotational Irradiation	다-405-1
8. 입체조형치료(1회당)	다-406
9. 개봉선원 치료	다-407
10. 밀봉소선원치료	다-408
11. 전신조사(1회당) Total Body Irradiation	다-409
12. 전신피부전자선조사	다-410
13. 정위적 방사선 분할치료(1회당)	다-411
14. 체부 정위적 방사선수술(1회당)	다-412
15. 뇌 정위적 방사선수술	다-412-1
16. 양성자치료(1회당)	다-413
17. 세기변조 방사선치료(1회당)	다-414
18. 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술(치료)	다-415

【별표20】 급여 항암약물 분류표

약관에서 규정하는 '급여 항암약물치료'로 분류되는 의료행위는 급여 항암약물치료 분류표에 해당하는 약제를 투여하는 치료를 말합니다(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다).

약 효 분 류	분류번호
1. 부신호르몬제	245
2. 난포 및 황체호르몬제	247
3. 기타의 호르몬제(항호르몬제 포함)	249
4. 비타민 B제 (비타민 B1 제외)	313
5. 기타의 혈액 및 체액용약	339
6. 해독제	392
7. 따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
8. 항악성종양제	421
9. 기타의 종양치료제	429
10. 방사선 의약품	431
11. 주로 악성종양에 작용하는 것	617
12. 기타의 생물할적 제제, 항암면역요법제	639

【별표21】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
보통약관 및 특별약관의 보장관련 보험금	지급기일의 다음날부터 30일이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50%
		1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.

주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 이 계약에서 정한 제1절 보통약관 제9조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주5) 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.

【별표22】 약관에서 인용된 법·규정

[법규1] 전자서명법
[법규2] 상법 시행령
[법규3] 상법
[법규4] 의료법
[법규5] 민법
[법규6] 금융소비자 보호에 관한 법률(약칭: 금융소비자보호법)
[법규7] 보험업법 시행령
[법규8] 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(약칭: 연명의료결정법)
[법규9] 국민건강보험법
[법규10] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(약칭: 건강보험요양급여규칙)
[법규11] 의료급여법
[법규12] 선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준
[법규13] 자동차관리법 시행규칙
[법규14] 자동차손해배상보장법 시행령(약칭: 자동차손배법 시행령)
[법규15] 여객자동차 운수사업법 시행령(약칭: 여객자동차법 시행령)
[법규16] 건축법시행령
[법규17] 의료법 시행규칙
[법규18] 응급의료에 관한 법률
[법규19] 응급의료에 관한 법률 시행규칙(약칭: 응급의료법 시행규칙)
[법규20] 형법
[법규21] 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(약칭: 폭력행위처벌법)
[법규22] 교통사고처리특례법
[법규23] 도로교통법
[법규24] 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률(약칭: 특정범죄가중법)
[법규25] 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법(약칭:통신사기피해환급법)
[법규26] 소득세법
[법규27] 소득세법 시행령
[법규28] 소득세법 시행규칙
[법규29] 산업재해보상보험법 시행규칙

[법규30] 의료급여법 시행령
[법규31] 도로법
[법규32] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률(약칭: 화재보험법)
[법규33] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령(약칭: 화재보험법 시행령)
[법규34] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙(약칭: 화재보험법 시행규칙)
[법규35] 개인정보 보호법
[법규36] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률(약칭: 신용정보법)
[법규37] 건설기술 진흥법
[법규38] 고압가스 안전관리법(약칭: 고압가스법)
[법규39] 민사소송법
[법규40] 특허법
[법규41] 저작권법
[법규42] 상표법
[법규43] 실용신안법
[법규44] 지식재산 기본법
[법규45] 소비자기본법
[법규46] 자본시장과 금융투자업에 관한 법률(약칭: 자본시장법)
[법규47] 노동조합 및 노동관계조정법(약칭: 노동조합법)
[법규48] 집회 및 시위에 관한 법률(약칭: 집시법)
[법규49] 독점규제 및 공정거래에 관한 법률(약칭: 공정거래법)
[법규50] 증권관련 집단소송법
[법규51] 산업재해보상보험법(약칭: 산재보험법)
[법규52] 장애인복지법
[규정1] 관공서의 공휴일에 관한 규정(약칭: 관공서공휴일규정)

▶ 아래의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

[법규1] 전자서명법

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. (생 략) 2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실 3.~10. (생 략)

[법규2] 상법 시행령

내용
제44조의2(타인의 생명보험) 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다. 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것 [본조신설 2018. 10. 30.]

[법규3] 상법

내용
제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지) 보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다. <개정 1991.12.31.>
제657조(보험사고발생의 통지의무) ①보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다. ②보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다. <신설 1991.12.31.>
제681조(보험목적에 관한 보험대위) 보험의 목적의 전부가 멸실한 경우에 보험금액의 전부를 지급한 보험자는 그 목적에 대한 피보험자의 권리를 취득한다. 그러나 보험가액의 일부를 보험에 붙인 경우에는 보험자가 취득할 권리는 보험금액의 보험가액에 대한 비율에 따라 이를 정한다.
제682조(제3자에 대한 보험대위) ①손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다. ②보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

[전문개정 2014. 3. 11.]

제732조(15세미만자등에 대한 계약의 금지)
15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다. 다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.
<개정 1962. 12. 12., 1991. 12. 31., 2014. 3. 11.>

[법규4] 의료법

내용
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30., 2011.6.7., 2016.5.29., 2019.4.23., 2020.3.4.> 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다) 마. 정신병원 바. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30., 2010.1.18.> ④ 삭제 <2009.1.30.> ⑤ 삭제 <2009.1.30.> ⑥ 삭제 <2009.1.30.>

⑦ 삭제 <2009.1.30.>
⑧ 삭제 <2009.1.30.>

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011. 8. 4.>
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[본조신설 2009. 1. 30.]

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합

병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18.>

[본조신설 2009. 1. 30.]

제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

[본조신설 2015. 12. 29.]

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다. <개정 2010. 1. 18., 2012. 2. 1., 2019. 8. 27.>

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다. <개정 2012. 2. 1.>

③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다. <신설 2012. 2. 1.>

[전문개정 2008. 10. 14.]

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

①보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

②위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천

하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

[법규5] 민법

내용
제27조(실종의 선고) ①부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다. ②전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다. <개정 1984. 4. 10.>
제777조(친족의 범위) 친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다. 1. 8촌 이내의 혈족 2. 4촌 이내의 인척 3. 배우자 [전문개정 1990. 1. 13.]
제974조(부양의무) 다음 각호의 친족은 서로 부양의 의무가 있다. 1. 직계혈족 및 그 배우자간 2. 삭제 <1990. 1. 13.> 3. 기타 친족간(生計를 같이 하는 境遇에 限한다.)
제1000조(상속의 순위) ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다. <개정 1990. 1. 13.> 1. 피상속인의 직계비속 2. 피상속인의 직계존속 3. 피상속인의 형제자매 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족 ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다. ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다. <개정 1990. 1. 13.>

[제목개정 1990. 1. 13.]

제1001조(대습상속)

전조제1항제1호와 제3호의 규정에 의하여 상속인이 될 직계비속 또는 형제자매가 상속개시전에 사망하거나 결격자가 된 경우에 그 직계비속이 있는 때에는 그 직계비속이 사망하거나 결격된 자의 순위에 갈음하여 상속인이 된다. <개정 2014. 12. 30.>

제1003조(배우자의 상속순위)

① 피상속인의 배우자는 제1000조제1항제1호와 제2호의 규정에 의한 상속인이 있는 경우에는 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다. <개정 1990. 1. 13.>

② 제1001조의 경우에 상속개시전에 사망 또는 결격된 자의 배우자는 동조의 규정에 의한 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다. <개정 1990. 1. 13.>

[제목개정 1990. 1. 13.]

제1004조(상속인의 결격사유)

다음 각 호의 어느 하나에 해당한 자는 상속인이 되지 못한다. <개정 1990. 1. 13., 2005. 3. 31.>

1. 고의로 직계존속, 피상속인, 그 배우자 또는 상속의 선순위나 동순위에 있는 자를 살해하거나 살해하려한 자
2. 고의로 직계존속, 피상속인과 그 배우자에게 상해를 가하여 사망에 이르게 한 자
3. 사기 또는 강박으로 피상속인의 상속에 관한 유언 또는 유언의 철회를 방해한 자
4. 사기 또는 강박으로 피상속인의 상속에 관한 유언을 하게 한 자
5. 피상속인의 상속에 관한 유언서를 위조・변조・파기 또는 은닉한 자

[법규6] 금융소비자 보호에 관한 법률(약칭: 금융소비자보호법)

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2024. 2. 13.> 1. ~ 8. (생 략) 9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다. 가. 국가 나.「한국은행법」에 따른 한국은행 다. 대통령령으로 정하는 금융회사 라.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다) 마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자 10. (생 략) **제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)** 조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 총족하는 분쟁사건(이하 "소액분쟁사건"이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다. 1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것 2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[법규7] 보험업법 시행령

내용
제42조의2(설명의무의 중요 사항 등)
① 삭제 <2021. 3. 23.>
② 삭제 <2021. 3. 23.>
③ 보험회사는 법 제95조의2제3항 본문 및 제4항에 따라 다음 각 호의 단계에서 중요 사항을 항목별로 일반보험계약자에게 설명해야 한다. 다만, 제1호에 따른 보험계약 체결 단계(마목에 따른 보험계약 승낙 거절 시 거절사유로 한정한다), 제2호에 따른 보험금 청구 단계 또는 제3호에 따른 보험금 심사·지급 단계의 경우 일반보험계약자가 계약 체결 전에 또는 보험금 청구권자가 보험금 청구 단계에서 동의한 경우에 한정하여 서면, 문자메시지, 전자우편 또는 팩스 등으로 중요 사항을 통보하는 것으로 이를 대신할 수 있다. <개정 2011. 12. 31., 2016. 4. 1., 2021. 1. 5.>
1. 보험계약 체결 단계
가. 보험의 모집에 종사하는 자의 성명, 연락처 및 소속
나. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리할 수 있는지 여부
다. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험료나 고지의무사항을 보험회사를 대신하여 수령할 수 있는지 여부
라. 보험계약의 승낙절차
마. 보험계약 승낙거절 시 거절 사유
바. 상법 제638조의3제2항에 따라 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
사. 그 밖에 일반보험계약자가 보험계약 체결 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
2. 보험금 청구 단계
가. 담당 부서, 연락처 및 보험금 청구에 필요한 서류
나. 보험금 심사 절차, 예상 심사기간 및 예상 지급일
다. 일반보험계약자가 보험사고 조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
라. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
3. 보험금 심사·지급 단계

가. 보험금 지급일 등 지급절차
나. 보험금 지급 내역
다. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
라. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유
마. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

④ 삭제 <2016. 4. 1.>

⑤ 제3항과 관련하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다. <개정 2011. 12. 31., 2016. 4. 1., 2021. 3. 23.>

[본조신설 2011. 1. 24.]

[법규8] 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(약칭: 연명의료결정법)

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2018. 3. 27.> 1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다. 2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다. 3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다. 가. 삭제 <2018.3.27.> 나. 삭제 <2018.3.27.> 다. 삭제 <2018.3.27.> 라. 삭제 <2018.3.27.> 마. 삭제 <2018.3.27.> 4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다. 5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다. 6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다. 가. 암

나. 후천성면역결핍증
다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
라. 만성 간경화
마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환

7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

[법규9] 국민건강보험법

내용
제41조(요양급여) ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다. 1. 진찰· 검사 2. 약제(藥劑)· 치료재료의 지급 3. 처치· 수술 및 그 밖의 치료 4. 예방· 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송(移送) ② 제1항에 따른 요양급여(이하 '요양급여'라 한다)의 범위(이하 '요양급여대상'이라 한다)는 다음 각 호와 같다. <신설 2016. 2. 3.> 1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것 2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것 ③ 요양급여의 방법· 절차· 범위· 상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2016. 2. 3.> ④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 '비급여대상'이라 한다)으로 정할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.> **제42조(요양기관)** ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.> 1.「의료법」에 따라 개설된 의료기관 2.「약사법」에 따라 등록된 약국 3.「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀・필수의약품센터

4.「지역보건법」에 따른 보건소· 보건의료원 및 보건지소
5.「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설· 장비· 인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 의료법 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.>

⑤ 제1항· 제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

[법규10] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(약칭: 건강보험요양급여규칙)

내용
제5조의2(중증질환심의위원회) ① 중증환자에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다. ② 중증질환심의위원회는 보건의료분야에 관한 학식과 경험이 풍부한 45인 이내의 위원으로 구성하되, 중증질환심의위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원의 정관으로 정한다. <본조신설 2005. 10. 11.> **제9조(비급여대상)** ① 법 제41조 제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표2와 같다. <개정 2012.8.31., 2016.8.4.> ② 삭제 <2001.12.31.> **[별표2] 비급여대상(제9조제1항관련) <개정 2024. 8. 1.>** 1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환 라. 단순 코골음 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis) 바. 검열반 등 안과질환 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환 2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술,

지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술

마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료

아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료

3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.

마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료

바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사

사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료

아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료

가. 가입자 등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1 인(「의료법」제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용 비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의료법」 제27조제3항제2

호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우만 해당한다), 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원(종합병원은 제외한다), 아동·분만병원(분만병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 1 이상 확보할 것

(나) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우는 제외한다), 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기 전문병원(종합병원만 해당한다) 및 아동·분만병원(아동병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(라) 「의료법」 제3조제2항제3호바목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의

료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우(격리치료 대상인 환자가 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 제외한다): 제8조제4항에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 제8조에 따라 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 <2006.12.29>

카. 삭제 <2018. 12. 31.>

타.「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 삭제 <2024. 7. 5.>

하. 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거.「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술

너.「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 <2006.12.29>

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 아목, 제3호 아목 및 제4호더목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 및 기성한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

[법규11] 의료급여법

내용
제7조(의료급여의 내용 등) ① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다. 1. 진찰·검사 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급 3. 처치·수술과 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치 ② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다. ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다. [전문개정 2013. 6. 12.]

[법규12] 선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준

내용
제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) ① 장관은 기준규칙 제14조의3에 따른 선별급여의 실시조건 충족여부에 대해 적합성평가위원회의 평가를 거쳐 일정한 기간을 정하여 해당 선별급여 항목의 실시기관(이하 "선별급여실시기관"이라 한다)으로 결정, 승인한다. ② 선별급여실시기관은 별표 3의 실시조건에 규정된 실시방법 및 기록·관리, 임상자료 제출, 기준규칙 제14조의3제1항제6호에 따른 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용의 신고 등 준수사항을 이행하여야 하고, 선별급여 실시조건의 충족여부에 변경사항이 있는 경우 지체없이 건강보험심사평가원장(이하 "심사평가원장"이라 한다)에게 통보하여야 한다. 선별급여 신고 조건을 이행하지 않거나 신고된 내용과 다르게 운영하는 경우 요양급여 비용을 환수할 수 있다. ③ 선별급여실시기관은 기준규칙 제14조의4제3항 및 제14조의5제1항에 따라 자료를 요구받은 경우 심사평가원장을 거쳐 장관에게 제출하여야 한다. ④ 장관은 제1항에 따른 승인기간이 종료되기 전에 선별급여실시기관이 법 제42조의2제3항에 따른 실시 제한사유에 해당하는지를 점검하여야 한다. ⑤ 장관은 기준규칙 제14조의5제3항에 따른 선별급여의 실시 제한기간이 끝난 이후에도 선별급여실시기관이 실시조건을 충족하지 못하거나 조건을 이행하지 아니하는 경우 적합성평가위원회의 평가를 거쳐 선별급여실시기관 승인을 취소할 수 있다. ⑥ 장관은 선별급여실시기관에 대한 효율적 관리를 위하여 제3항에 따른 자료 제출 관리, 제4항에 따른 점검 등에 관한 사항을 심사평가원장에게 위탁할 수 있다. 이 경우 심사평가원장은 관련 사항에 따른 처리 결과를 장관에게 보고하여야 한다. **[별표3] 실시조건(제5조제2항 관련)** 1. 삭제 <2022. 5. 1.> 2. 삭제 <2022. 12. 1.>

3. 차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사

가. 차세대염기서열분석기반 유전자패널검사(이하, NGS 유전자패널검사)를 실시하고자 하는 요양기관은 다음의 시설, 인력, 장비, 유전자패널에 대한 요건을 충족하여 사전에 승인을 받아야 함

1) 시설

「생명윤리 및 안전에 관한 법률」제49조에 따른 유전자검사 기관으로 신고된 요양기관이면서, 「유전자검사의 숙련도 평가에 필요한 사항의 지정」제3조제2항 평가범주 1(질병의 진단 및 치료를 위한 유전자검사)에 대한 한국유전자검사평가원 유전자검사의 숙련도 평가 인증서(또는 면제 통보서)를 3회 이상 받은 이력이 있고, 승인신청 직전평가 결과가 아래의 조건 중 한 가지를 충족하는 기관

- 아 래 -

(1) 한국유전자검사평가원에서 시행한 검사실 운영과 평가범주 1의 현장평가가 A 등급이고, 평가 범주1의 외부정도관리 점수가 90점 이상을 획득한 기관

(2) 진단검사의학재단에서 시행한 검사실 운영과 분자진단검사 분야에서 1년 인증을 획득하고, 대한진단검사정도관리협회의 신빙도 조사에서 분자유전학(대분류)-유전학검사(중분류)에 해당되는 검사에서 품질 인증을 획득한 기관

(3) 대한병리학회에서 운영일반(검사실 운영)과 분자병리 분야의 질관리평가가 A등급이면서, 숙련도평가(외부정도관리)의 분자병리 분야에서 적합으로 평가받은 기관

2) 인력

가) 전문의 자격 취득 후 5년 이상의 경험이 있는 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 1인 이상 상근하고,

나) 검사 실시인력(임상병리사) 1인 이상이 상근해야 함.

3) 장비

가) 식품의약품안전처장('이하 식약처') 허가 또는 신고를 받은 '차세대염기서열분석장비'를 사용하거나,

나)「식약처 NGS 임상검사실 인증」요양기관의 경우에는 식약처 허가 또는 신고를 받지 않은 '유전자서열검사장비' 사용을 인정

4) 유전자패널 구성은 아래와 같이하며, 신청기관은 운영하는 패널에 대한 자료(패널명, 검체, 적응증, 유전자수 또는 유전자길이, 필수유전자, 선택유전자)를 승인 신청 시에 제출하여야 함.
가) 필수유전자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」중 「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사의 급여기준」의 급여대상질환 필수 유전자를 포함해야 하며,
나) 선택유전자는 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」제49조에 따라 질병관리청에 신고된 유전자 범위 내에서 선택함
나. 승인기관은 환자로부터 「생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙」[별지제41호 서식]의 '인체유래물 등의 기증 동의서'에 동의를 받아 보관해야하며, 추후 국가 유전체 사업 등 공익적 연구 목적으로 제출을 요청받은 경우 동의한 유전 정보를 제출하여야 함
다. 승인기관은 NGS 유전자패널검사의 검사실시내역 등을 반기별로 작성하여 제출하고, 승인기간의 종료 전까지 유전자 패널에 대한 내부 평가 보고서를 건강보험심사평가원장에게 제출하여야 함
라. 실시 요양기관 승인 절차에 대한 진행과 검사 실시내역 및 유전자 패널 내부 평가 보고서 제출 등 관리는 건강보험심사평가원장이 실시하여 보건복지부 장관에게 보고하여야 함

[법규13] 자동차관리법 시행규칙

내용

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. <개정 2015. 7. 7., 2017. 1. 6.>

[전문개정 2011. 12. 15.]

[별표1] 자동차의 종류(제2조관련)<개정 2024. 1. 31.>

1.규모별 세부기준

종 류	경 형		소 형	중 형	대 형
	초 소 형	일 반 형			
승 용 자동 차	배 기 량 이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배 기 량 이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미 만 이 고 , 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배 기 량 이 1,600시시 미 만 이 고 , 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배 기 량 이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배 기 량 이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승 합 자동 차	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것

				미만인 것	
화물자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜자동차	배기량이 50시시 미만(최고출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 125시시 이하(최고출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 125시시 초과 260시시 이하(최고출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시(최고출력 15킬로와트)를 초과하는 것

종 류	유 형 별	세 부 기 준
승 용 자 동 차	일 반 형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다 목 적 형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기 타 형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승 합 자 동 차	일 반 형	주목적이 여객운송용인 것
	특 수 형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화 물 자 동 차	일 반 형	보통의 화물운송용인 것
	덤 프 형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴 형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특 수 용 도 형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특 수 자 동 차	견 인 형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구 난 형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특 수 용 도 형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이 륜 자 동 차	일 반 형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특 수 형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경

		쾌한 구조인 것
	기 타 형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

2. 유형별 세부기준

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.

가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형 화물자동차 및 특수용도형인 경형 화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차

1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)

2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차

3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차

나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.

1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차

2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차

3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차 중 최고출력 기준이 규정되어 있지 않은 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발

및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.

나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.

다. 최고출력(maximum net power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

[법규14] 자동차손해배상보장법 시행령(약칭: 자동차손배법 시행령)

내용
제2조(건설기계의 범위) 「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다. <개정 2014.2.5. ,2021.1.5.> 1. 덤프트럭 2. 타이어식 기중기 3. 콘크리트믹서트럭 4. 트럭적재식 콘크리트펌프 5. 트럭적재식 아스팔트살포기 6. 타이어식 굴착기 7.「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계 가. 트럭지게차 나. 도로보수트럭 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
제3조(책임보험금 등) ① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다. <개정 2014.2.5., 2014.12.30.> 1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다. 2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.

3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.
<개정 2012.8.22.>

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.
<개정 2014.12.30.>

[법규15] 여객자동차 운수사업법 시행령(약칭: 여객자동차법 시행령)

내용
제3조(여객자동차운송사업의 종류) 법 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다. <개정 2008.11.26., 2009.11.27., 2011.12.8., 2011.12.30., 2012.11.23., 2013.3.23., 2015.1.28., 2016.1.6., 2016.1.22., 2019.2.12., 2021.4.6., 2023.10.10., 2024.12.31.> 1. 노선 여객자동차운송사업 가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다. 나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다. 다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업 라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

2. 구역 여객자동차운송사업

가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업

1) 삭제 <2024.12.31.>

2) 삭제 <2024.12.31.>

3) 삭제 <2024.12.31.>

나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업

다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

[법규16] 건축법 시행령

내용
[별표1] 용도별 건축물의 종류(제3조의5 관련) <개정 2025. 1. 21.>
2. 공동주택[공동주택의 형태를 갖춘 가정어린이집·공동생활가정·지역아동센터·공동육아나눔터·작은도서관·노인복지시설(노인복지주택은 제외한다) 및 「주택법 시행령」 제10조제1항제1호에 따른 아파트형 주택을 포함한다]. 다만, 가목이나 나목에서 층수를 산정할 때 1층 전부를 필로티 구조로 하여 주차장으로 사용하는 경우에는 필로티 부분을 층수에서 제외하고, 다목에서 층수를 산정할 때1층의 전부 또는 일부를 필로티 구조로 하여 주차장으로 사용하고 나머지 부분을 주택(주거 목적으로 한정한다) 외의 용도로 쓰는 경우에는 해당 층을 주택의 층수에서 제외하며, 가목부터 라목까지의 규정에서 층수를 산정할 때 지하층을 주택의 층수에서 제외한다. 가. 아파트: 주택으로 쓰는 층수가 5개 층 이상인 주택 나. 연립주택: 주택으로 쓰는 1개 동의 바닥면적(2개 이상의 동을 지하주차장으로 연결하는 경우에는 각각의 동으로 본다) 합계가 660제곱미터를 초과하고, 층수가 4개 층 이하인 주택 다. 다세대주택: 주택으로 쓰는 1개 동의 바닥면적 합계가 660제곱미터 이하이고, 층수가 4개 층 이하인 주택(2개 이상의 동을 지하주차장으로 연결하는 경우에는 각각의 동으로 본다) 라. 기숙사: 다음의 어느 하나에 해당하는 건축물로서 공간의 구성과 규모 등에 관하여 국토교통부장관이 정하여 고시하는 기준에 적합한 것. 다만, 구분소유된 개별 실(室)은 제외한다. 1) 일반기숙사: 학교 또는 공장 등의 학생 또는 종업원 등을 위하여 사용하는 것으로서 해당 기숙사의 공동취사시설 이용 세대 수가 전체 세대 수(건축물의 일부를 기숙사로 사용하는 경우에는 기숙사로 사용하는 세대 수로 한다. 이하 같다)의 50퍼센트 이상인 것(「교육기본법」 제27조제2항에 따른 학생복지주택을 포함한다) 2) 임대형기숙사: 「공공주택 특별법」 제4조에 따른 공공주택사업자 또는 「민간임대주택에 관한 특별법」 제2조제7호에 따른 임대사업자가 임대사업에 사용하는 것으로서 임대 목적으로 제공하는 실이 20실 이상이고 해당 기숙사의 공동취사시설 이용 세대 수가 전체 세대 수의 50퍼센트 이상인 것

[법규17] 의료법 시행규칙

내용
[별표4] 의료기관의 시설규격(제34조 관련) <개정 2024. 10. 25.>
1. (생 략)
2. 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도 기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여

야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

[법규18] 응급의료에 관한 법률

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015. 1. 28., 2021. 12. 21.> 1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다. 2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다. 3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다. 4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다. 5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다. 6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다. 7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다. 8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다. [전문개정 2011. 8. 4.] **제30조의2(권역외상센터의 지정)** ① 보건복지부장관은 외상환자의 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 권역응급의료센터, 전문응급의료센터 및 지역응급의료센터 중 권역외상센터를 지정할 수 있다. <개정 2013. 6.

4., 2015. 1. 28., 2021. 12. 21.>

1. 외상환자의 진료
2. 외상의료에 관한 연구 및 외상의료표준의 개발
3. 외상의료를 제공하는 의료인의 교육훈련
4. 대형 재해 등의 발생 시 응급의료 지원
5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 외상의료 관련 업무

② 권역외상센터는 외상환자에 대한 효과적인 응급의료 제공을 위하여 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 이 경우 각 호에 따른 구체적인 요건은 보건복지부령으로 정한다.

1. 외상환자 전용 중환자 병상 및 일반 병상
2. 외상환자 전용 수술실 및 치료실
3. 외상환자 전담 전문의
4. 외상환자 전용 영상진단장비 및 치료장비
5. 그 밖에 외상환자 진료에 필요한 인력·시설·장비

③ 그 밖에 권역외상센터 지정의 기준·방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[본조신설 2012. 5. 14.]

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다. <개정 2020. 12. 29., 2021. 12. 21.>

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다. <신설 2020.12.29.>

[전문개정 2011. 8. 4.]

[법규19] 응급의료에 관한 법률 시행규칙(약칭: 응급의료법 시행규칙)

내용
제2조(응급환자) 「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다. <개정 2008. 3. 3., 2008. 6. 13., 2010. 3. 19.> 1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상 2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상 ※ 응급의료에 관한 법률 시행규칙 [별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련) 1. 응급증상 가. 신경학적 응급증상: 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상 나. 심혈관계 응급증상: 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크 다. 중독 및 대사장애: 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등) 라. 외과적 응급증상: 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상 마. 출혈: 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈 바. 안과적 응급증상: 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실 사. 알러지: 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응 아. 소아과적 응급증상: 소아경련성 장애 자. 정신과적 응급증상: 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애 2. 응급증상에 준하는 증상

가. 신경학적 응급증상: 의식장애, 현훈
나. 심혈관계 응급증상: 호흡곤란, 과호흡
다. 외과적 응급증상: 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상 증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
라. 출혈: 혈관손상
마. 소아과적 응급증상: 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
바. 산부인과적 응급증상: 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
사. 이물에 의한 응급증상: 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

[법규20] 형법

내용
제170조(실화) ① 과실로 제164조 또는 제165조에 기재한 물건 또는 타인 소유인 제166조에 기재한 물건을 불태운 자는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. ② 과실로 자기 소유인 제166조의 물건 또는 제167조에 기재한 물건을 불태워 공공의 위험을 발생하게 한 자도 제1항의 형에 처한다. [전문개정 2020. 12. 8.]
제171조(업무상실화, 중실화) 업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 제170조의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
제24장 살인의 죄
제250조(살인, 존속살해) ① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다. ② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다. <개정 1995.12.29.>
제251조(영아살해) 삭제 <2023. 8. 8.>
제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등) ① 사람의 촉탁이나 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다. ② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제1항의 형에 처한다. [전문개정 2020. 12. 8.]
제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등) 전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자

살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)
제250조, 제252조 및 제253조의 미수범은 처벌한다.
[전문개정 2023.8.8.]

제255조(예비, 음모)
제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제256조(자격정지의 병과)
제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제25장 상해와 폭행의 죄

제257조(상해, 존속상해)
① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29.>
③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제258조(중상해, 존속중상해)
① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
<개정 2016.1.6.>

제258조의2(특수상해)
① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제

257조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제258조의 죄를 범한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

③ 제1항의 미수범은 처벌한다.

[본조신설 2016.1.6.]

제259조(상해치사)

① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
<개정 1995.12.29.>

② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)

① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
<개정 1995.12.29.>

② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29.>

③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.
<개정 1995.12.29.>

제261조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조 제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29.>

제262조(폭행치사상)

제260조와 제261조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제257조부터 제259조까지의 예에 따른다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

제263조(동시범)
독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)
상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.
<개정 2016.1.6.>

제265조(자격정지의 병과)
제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.
<개정 2016.1.6.>

제26장 과실치사상의 죄

<개정 1995.12.29.>

제266조(과실치상) ~ **제267조(과실치사)** (생 략)

제268조(업무상과실·중과실 치사상)
업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

제30장 협박의 죄

제283조(협박, 존속협박)
① 사람을 협박한 자는 3년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
<개정 1995. 12. 29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995. 12. 29.>
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.
<개정 1995. 12. 29.>

제284조(특수협박)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 전조 제1항, 제2항의 죄를 범한 때에는 7년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995. 12. 29.>

제285조(상습범)
상습으로 제283조제1항, 제2항 또는 전조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제32장 강간과 추행의 죄
<개정 1995.12.29.>

제297조(강간)
폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
<개정 2012.12.18.>

제297조의2(유사강간)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.
[본조신설 2012.12.18.]

제298조(강제추행)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29.>

제299조(준강간, 준강제추행)
사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.
<개정 2012.12.18.>

제300조(미수범)
제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.
<개정 2012.12.18.>

제301조(강간 등 상해·치상)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
<개정 2012.12.18.>
[전문개정 1995.12.29.]

제301조의2(강간등 살인·치사)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
<개정 2012.12.18.>
[본조신설 1995.12.29.]

제302조(미성년자 등에 대한 간음)
미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력 등에 의한 간음)
① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29., 2012.12.18., 2018. 10. 16.>
② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.
<개정 2012.12.18., 2018. 10. 16.>

제304조 삭제
<2012.12.18.>

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)

① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.
<개정 1995.12.29., 2012.12.18., 2020.5.19.>
② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제 297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다 <신설 2020.5.19.>

제305조의2(상습범)
상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.
<개정 2012.12.18.>
[본조신설 2010. 4. 15.]

제305조의3(예비, 음모)
제297조, 제297조의2, 제299조(준강간죄에 한정한다), 제301조(강간 등 상해죄에 한정한다) 및 제305조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.
[본조신설 2020.5.19.]

제38장 절도와 강도의 죄

제329조(절도)
타인의 재물을 절취한 자는 6년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29.>

제330조(야간주거침입절도)
야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박, 항공기 또는 점유하는 방실(房室)에 침입하여 타인의 재물을 절취(竊取)한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

제331조(특수절도)
① 야간에 문이나 담 그 밖의 건조물의 일부를 손괴하고 제330조의 장소에 침입하여 타인의 재물을 절취한 자는 1년 이상 10년 이하

의 징역에 처한다.
② 흉기를 휴대하거나 2명 이상이 합동하여 타인의 재물을 절취한 자도 제1항의 형에 처한다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

제331조의2(자동차등 불법사용)
권리자의 동의없이 타인의 자동차, 선박, 항공기 또는 원동기장치자전거를 일시 사용한 자는 3년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
[본조신설 1995.12.29.]

제332조(상습범)
상습으로 제329조 내지 제331조의2의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.
<개정 1995.12.29.>

제333조(강도)
폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제334조(특수강도)
① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제333조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
<개정 1995.12.29.>
② 흉기를 휴대하거나 2인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제335조(준강도)
절도가 재물의 탈환에 항거하거나 체포를 면탈하거나 범죄의 흔적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박한 때에는 제333조 및 제334조의 예에 따른다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

제336조(인질강도)
사람을 체포·감금·약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
[전문개정 1995.12.29.]

제337조(강도상해, 치상)
강도가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
<개정 1995.12.29.>

제338조(강도살인·치사)
강도가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
[전문개정 1995.12.29.]

제339조(강도강간)
강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
<개정 2012.12.18.>

제340조(해상강도)
① 다중의 위력으로 해상에서 선박을 강취하거나 선박내에 침입하여 타인의 재물을 강취한 자는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
② 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
<개정 1995.12.29.>
③ 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 살해 또는 사망에 이르게 하거나 강간한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다.
<개정 1995.12.29., 2012.12.18.>

제341조(상습범)
상습으로 제333조, 제334조, 제336조 또는 전조제1항의 죄를 범한 자는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제342조(미수범)

제329조 내지 제341조의 미수범은 처벌한다.
[전문개정 1995.12.29.]

제343조(예비, 음모)
강도할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 7년 이하의 징역에 처한다.

제344조(친족간의 범행)
제328조의 규정은 제329조 내지 제332조의 죄 또는 미수범에 준용한다.

제345조(자격정지의 병과)
본장의 죄를 범하여 유기징역에 처할 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제346조(동력)
본장의 죄에 있어서 관리할 수 있는 동력은 재물로 간주한다.

제42장 손괴의 죄

제369조(특수손괴)
① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제366조의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995. 12. 29.>
② 제1항의 방법으로 제367조의 죄를 범한 때에는 1년 이상의 유기징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995. 12. 29.>

[법규21] 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(약칭: 폭력행위처벌법)

내용
제4조(단체 등의 구성·활동) ① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다. 1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역 2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역 3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역 ② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2016.1.6.> 1.「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄 가.「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄 나.「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄 다.「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄 라.「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄 2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다) ③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다. ④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한

사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.
[전문개정 2014.12.30.]

[법규22] 교통사고처리특례법

내용
제3조(처벌의 특례) ① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. ② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016.1.27., 2016.12.2.> 1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우 2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우 3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우 4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우 5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우 6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우 7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교

통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.

8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우

9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단 방법을 위반하여 운전한 경우

10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우

11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우

12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

[전문개정 2011.4.12.]

▶ 상기 외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

[법규23] 도로교통법

내용
제12조(어린이 보호구역의 지정·해제 및 관리) ① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설이나 장소의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등과 노면전차의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다.<개정 2013. 3. 23., 2014. 1. 28., 2014. 11. 19., 2015. 7. 24., 2017. 7. 26., 2018. 3. 27., 2021. 10. 19., 2023. 4. 18.> 1.「유아교육법」 제2조에 따른 유치원,「초·중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교 2.「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 행정안전부령으로 정하는 어린이집 3.「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정안전부령으로 정하는 학원 4.「초·중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대안학교,「대안교육기관에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 대안교육기관,「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및「경제자유구역 및 제주국제자유도시의 외 국교육기관 설립·운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원·초등학교 교과과정이 있는 학교 5. 그 밖에 어린이가 자주 왕래하는 곳으로서 조례로 정하는 시설 또는 장소 ② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정·해제 절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2023. 4. 18.> ③ 차마 또는 노면전차의 운전자는 어린이 보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.> ④ 시·도경찰청장, 경찰서장 또는 시장등은 제3항을 위반하는 행위 등의 단속을 위하여 어린이 보호구역의 도로 중에서 행정안전부령

으로 정하는 곳에 우선적으로 제4조의2에 따른 무인 교통단속용 장비를 설치하여야 한다. <신설 2019. 12. 24., 2020. 12. 22.>

⑤ 시장등은 제1항에 따라 지정한 어린이 보호구역에 어린이의 안전을 위하여 다음 각 호에 따른 시설 또는 장비를 우선적으로 설치하거나 관할 도로관리청에 해당 시설 또는 장비의 설치를 요청하여야 한다. <신설 2019. 12. 24., 2023. 4. 18., 2024. 1. 30.>

1. 어린이 보호구역으로 지정한 시설의 주 출입문과 가장 가까운 거리에 있는 간선도로상 횡단보도의 신호기
2. 속도 제한, 횡단보도, 기점(起點) 및 종점(終點)에 관한 안전표지
3.「도로법」제2조제2호에 따른 도로의 부속물 중 과속방지시설 및 차마의 미끄럼을 방지하기 위한 시설

3의2. 방호울타리

4. 그 밖에 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정하는 시설 또는 장비

[전문개정 2011. 6. 8.]
[제목개정 2023. 4. 18.]

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다. <개정 2020. 6. 9., 2020. 12. 22., 2021. 1. 12.>
[전문개정 2011. 6. 8.]

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제50조의3, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2018. 3. 27., 2023. 10. 24.>

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
<개정 2014.12.30., 2018. 3. 27.>

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다. <개정 2018.12.24.>
⑤ 제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다. <신설 2023. 1. 3.>
[전문개정 2011.6.8.]

제45조(과로한 때 등의 운전 금지)
자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2018. 3. 27., 2020. 6. 9.>
[전문개정 2011. 6. 8.]

제151조(벌칙)
차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 2018. 3. 27.>
[전문개정 2011. 6. 8.]

[법규24] 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률(약칭: 특정범죄가중법)

내용
제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌) 자동차등의 운전자가「도로교통법」제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게「교통사고처리 특례법」제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다. <개정 2022. 12. 27.> 1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다. 2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다. [본조신설 2019. 12. 24.]

[법규25] 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법(약칭:통신사기피해환급법)

내용
제3조(피해구제의 신청 등) ① 제2조제2호가목 또는 나목에 해당하는 행위로 인하여 재산상의 피해를 입은 피해자는 피해금을 송금·이체한 계좌를 관리하는 금융회사 또는 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 사기이용계좌의 지급정지 등 전기통신금융사기의 피해구제를 신청할 수 있다. <개정 2023. 5. 16.> ② 수사기관은 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 제2조제2호다목 또는 라목에 해당하는 행위와 관련된 사기이용계좌의 지급정지를 요청할 수 있다. <신설 2023. 5. 16.> ③ 수사기관은 제2항에 따른 지급정지를 요청하는 경우 요청한 날부터 대통령령으로 정하는 기한 이내에 피해자 및 피해금을 특정하여 해당 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 통지하여야 한다. <신설 2023. 5. 16.> ④ 제1항에 따른 피해구제의 신청 및 제2항에 따른 지급정지의 요청을 받은 금융회사는 다른 금융회사의 사기이용계좌로 피해금이 송금·이체된 경우 해당 금융회사에 대하여 필요한 정보를 제공하고 지급정지를 요청하여야 한다. <개정 2023. 5. 16.> ⑤ 제1항에 따른 피해구제의 신청, 제2항부터 제4항까지에 따른 지급정지의 요청 및 피해자·피해금의 통지에 관한 방법·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2023. 5. 16.> [제목개정 2023. 5. 16.]
제5조(채권소멸절차의 개시 공고) ① 금융회사는 제4조에 따라 지급정지 조치를 행한 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융감독원에 명의인의 채권이 소멸되는 절차(이하 "채권소멸절차"라 한다)를 개시하기 위한 공고를 요청하여야 한다. 다만, 명의인의 채권 전부 또는 일부가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하며, 제3조제2항에 따른 지급정지 요청에 따라 지급정지 조치를 행한 경우에는 같은 조 제3항에 따른 통지가 있는 때에 공고를 요청하여야 한다. <개정 2016. 1. 27., 2018. 3. 13., 2020. 5. 19., 2023. 5. 16.>

1. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 손해배상·부당이득반환 등의 청구소송이 제기되어 법원에 계속(係屬) 중인 경우
2. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「민사집행법」에 따른 압류·가압류 또는 가처분의 명령이 집행된 경우
3. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「국세징수법」에 따른 체납절차가 개시된 경우
4. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 질권이 설정된 경우
5. 지급정지된 후에 제4조의2제2항에 따라 명의인과 피해자 간 채무부존재확인·부당이득반환청구 소송 등이 제기되어 법원에 계속 중인 경우
6. 제4조에 따라 지급정지가 이루어진 사기이용계좌의 잔액이 3만원 이하의 금액으로서 대통령령으로 정하는 금액 이하인 경우. 다만, 피해자가 지급정지의 통지를 받은 날부터 30일 이내에 금융회사에 채권소멸절차의 개시를 요청한 경우에는 그러하지 아니하다.

② 금융감독원은 제1항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고 요청을 받은 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 공고하여야 한다. <개정 2014. 1. 28.>
1. 전기통신금융사기와 관련하여 채권소멸절차가 개시되었다는 취지
2. 사기이용계좌와 관련된 금융회사, 점포 및 예금 등의 종별 및 계좌번호
3. 명의인의 성명 또는 명칭
4. 공고 전 피해구제 신청에 따라 채권소멸대상에 해당하는 채권의 금액
5. 제6조에 따른 채권소멸절차 개시 이후의 피해구제 신청의 방법 및 절차
6. 제7조에 따른 명의인의 이의제기 방법 및 절차
7. 제13조의2제1항에 따른 전자금융거래제한대상자로 지정되었다는 취지와 이의제기 방법 및 절차
8. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융감독원은 제2항에 따라 채권소멸절차의 개시에 관한 공고를 한 경우 지체 없이 명의인에게 채권소멸절차의 개시에 관한 사실을 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 제2항에 따른 공고로 명의인에 대한 통지가 이루어진 것으로 본다.

제6조(채권소멸절차 개시 이후의 피해구제)

① 제5조제2항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고가 이루어진 사기이용계좌의 피해자로서 채권소멸절차 개시의 공고 전에 피해구제를 신청하지 아니한 자는 금융회사에 대하여 제5조제2항에 따른 공고일부터 2개월 이내에 피해구제의 신청을 할 수 있다.

② 수사기관은 제5조제2항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고가 이루어진 사기이용계좌와 관련한 추가 피해자와 피해금을 제5조제2항에 따른 공고일부터 2개월 이내에 금융회사에 통지할 수 있다. <개정 2023. 5. 16.>

③ 금융회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 금융감독원에 해당 피해금에 대한 채권소멸절차의 개시 공고를 요청하여야 한다. <신설 2023. 5. 16.>

1. 제1항에 따른 피해구제 신청에 대하여 해당 거래내역등을 확인하여 피해자로 인정된다고 판단하는 경우
2. 제2항에 따른 수사기관의 통지가 있는 경우

④ 제3항에 따라 공고 요청을 받은 금융감독원은 지체 없이 해당 사항을 공고하여야 한다. 이 경우 채권소멸절차 개시의 공고 요청 및 공고에 관하여는 제5조제1항 및 제2항을 준용한다. <개정 2023. 5. 16.>

⑤ 금융회사 및 금융감독원은 채권소멸절차개시 공고 전에 피해구제의 신청을 하지 아니한 피해자가 제1항에 따라 피해구제의 신청을 할 수 있도록 필요한 정보를 제공하는 등 적극적인 노력을 하여야 한다. <개정 2023. 5. 16.>

제9조(채권의 소멸)

① 명의인의 채권(제5조제2항 및 제6조제4항에 따른 채권소멸절차 개시 공고가 이루어진 금액에 한한다)은 제5조제2항에 따른 최초의 채권소멸절차 개시의 공고일부터 2개월이 경과하면 소멸한다. <개정 2023. 5. 16.>

② 금융감독원은 제1항에 따라 명의인의 채권이 소멸된 경우 다음 각 호의 사항을 해당 명의인, 제3조 및 제6조에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 관련 금융회사에게 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 금융감독원 및 해당 금융회사의 인터넷 홈페이지 등에 해당 사실을 공시하여야 한다.

1. 제1항에 따라 해당 명의인의 채권이 소멸되었다는 사실

2. 소멸되는 채권의 금액
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

제10조(피해환급금의 결정・지급)

① 금융감독원은 제9조제1항에 따라 채권이 소멸된 날부터 14일 이내에 피해환급금을 지급받을 자 및 그 금액을 결정하여 그 내역을 제3조제1항 및 제6조제1항에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 금융회사에 통지하여야 하고, 통지를 받은 금융회사는 지체 없이 피해환급금을 피해자에게 지급하여야 한다.

② 제1항의 피해환급금은 총피해금액이 소멸채권 금액을 초과하는 경우 소멸채권 금액에 각 피해자의 피해금액의 총피해금액에 대한 비율을 곱한 금액으로 하며, 그 외의 경우에는 해당 피해금액으로 한다.

③ 금융감독원은 제2항에 따른 피해환급금의 결정을 위하여 금융회사에 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있다.

④ 그 밖에 피해환급금의 결정 및 지급 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[법규26] 소득세법

내용
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. <개정 2015. 5. 13.> 1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

[법규27] 소득세법 시행령

내용

제107조(장애인의 범위)

① 법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. <개정 1997. 9. 30., 2001. 12. 31., 2005. 2. 19., 2018. 2. 13.>

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 삭제 <2001. 12. 31.>
4. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

제118조의4 (보험료세액공제)

① 법 제59조의 4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 법 제59조의 4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다. <개정 2018. 2. 13.>

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.

[본조신설 2014. 2. 21.]

[법규28] 소득세법 시행규칙

내용
제54조(장애아동의 범위 등) ① 영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다. ② 영 제107조제2항 각 호 외의 부분 단서에서 "기획재정부령으로 정하는 서류"란 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 장애인에 대한 추가공제에 관한 서류로서 소득공제 명세를 일괄적으로 적어 국세청장이 발급하는 서류를 말한다. <신설 2022. 3. 18.> [본조신설 2018. 3. 21.] [제목개정 2022. 3. 18.]
제61조의3 (공제대상보험료의 범위) 영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다. [본조신설 2014. 3. 14.]

[법규29] 산업재해보상보험법 시행규칙

내용

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다. <개정 2020. 1. 10.>

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다. <개정 2019. 10. 15.>

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.>

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[별표 4] 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역(제47조제1항 관련) <개정 2020. 1. 10>

관절명 \ 구분		측정부위	평균 운동가능영역(각도)
척주	목뼈부(경추부)	후두과(後頭顆: 뒤통수관절융기)-목뼈1번 분절	13
		목뼈1번-목뼈2번 분절	10
		목뼈2번-목뼈3번 분절	8
		목뼈3번-목뼈4번 분절	13
		목뼈4번-목뼈5번 분절	12
		목뼈5번-목뼈6번 분절	17
		목뼈6번-목뼈7번 분절	16
		목뼈7번-등뼈1번 분절	6
	등뼈부(흉추부)	등뼈1번-등뼈2번 분절	4
		등뼈2번-등뼈3번 분절	4
		등뼈3번-등뼈4번 분절	4
		등뼈4번-등뼈5번 분절	4
		등뼈5번-등뼈6번 분절	4
		등뼈6번-등뼈7번 분절	5
		등뼈7번-등뼈8번 분절	6
		등뼈8번-등뼈9번 분절	6

		등뼈9번-등뼈10번 분절 등뼈10번-등뼈11번 분절 등뼈11번-등뼈12번 분절		6 9 12
	허리뼈부(요추부)	등뼈12번-허리뼈1번 분절 허리뼈1번-허리뼈2번 분절 허리뼈2번-허리뼈3번 분절 허리뼈3번-허리뼈4번 분절 허리뼈4번-허리뼈5번 분절 허리뼈5번-엉치뼈1번 분절		12 12 14 15 17 20
어깨관절		앞위쪽올리기 옆위쪽올리기 뒤쪽올리기 모으기 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기		150 150 40 30 40 90
팔꿈치관절		펴기 굽히기 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기		0 150 80 80
손목관절		손등쪽 굽히기 손바닥쪽 굽히기 손목의 요골(橈骨: 노뼈)쪽 굽히기(요사위) 손목의 척골(尺骨: 자뼈)쪽 굽히기(척사위)		 60 70 20 30
손허리손가락관절(중수지관절)		엄지손가락	펴기 굽히기	0 60
		둘째 손가락	펴기 굽히기	0 90
		가운데손가락	펴기 굽히기	0 90
		넷째 손가락	펴기 굽히기	0 90
		새끼손가락	펴기 굽히기	0 90

손가락관절	엄지손가락	펴기 굽히기	0 80
제1손가락관절 (몸쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 100
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 100
제2손가락관절 (끝쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 70
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 70
엉덩관절	펴기 굽히기 모으기 벌리기(외전) 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기		30 100 20 40 40 50
무릎관절	펴기 굽히기		0 150
발목관절	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기 바깥쪽 뒤집기 안쪽 뒤집기		20 40 20 30
발허리발가락관절 (중족지관절)	엄지발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	50 30
	둘째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽	40 30

		굽히기	
	가운데발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	30 20
	넷째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	20 10
	새끼발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	10 10
발가락관절	엄지발가락	펴기 굽히기	0 30
제1발가락관절 (몸쪽 발가락뼈마디관절)	둘째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	가운데발가락	펴기 굽히기	0 40
	넷째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	새끼발가락	펴기 굽히기	0 40

[법규30] 의료급여법 시행령

내용
제13조(급여비용의 부담) ① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다. <개정 2003.12.30., 2005.7.5., 2013.12.11.> 1. 삭제 <2005.7.5.> 2. 삭제 <2005.7.5.> ② 삭제 <2005.7.5.> ③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조 제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다. <개정 2008.2.29., 2010.3.15.> ④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다. <개정 2004. 6. 29.> ⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다. <개정 2004.6.29., 2007.2.28., 2008.2.29., 2010.3.15., 2012.6.7., 2014.7.16.> 1. 1종수급권자: 2만원 2. 2종수급권자: 20만원 ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다. <개정 2004.6.29., 2007.2.28., 2009.3.31., 2017.12.29.>

1. 1종수급권자: 매 30일간 5만원
2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만,「의료법」제3조 제2항 제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다. <신설 2004.6.29., 2008.2.29., 2010.3.15.>

[법규31] 도로법

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. "도로"란 차도, 보도(步道), 자전거도로, 측도(側道), 터널, 교량, 육교 등 대통령령으로 정하는 시설로 구성된 것으로서 제10조에 열거된 것을 말하며, 도로의 부속물을 포함한다. 2. "도로의 부속물"이란 도로관리청이 도로의 편리한 이용과 안전 및 원활한 도로교통의 확보, 그 밖에 도로의 관리를 위하여 설치하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 시설 또는 공작물을 말한다. 가. 주차장, 버스정류시설, 휴게시설 등 도로이용 지원시설 나. 시선유도표지, 중앙분리대, 과속방지시설 등 도로안전시설 다. 통행료 징수시설, 도로관제시설, 도로관리사업소 등 도로관리시설 라. 도로표지 및 교통량 측정시설 등 교통관리시설 마. 낙석방지시설, 제설시설, 식수대 등 도로에서의 재해 예방 및 구조 활동, 도로환경의 개선·유지 등을 위한 도로부대시설 바. 그 밖에 도로의 기능 유지 등을 위한 시설로서 대통령령으로 정하는 시설 3. "국가도로망"이란 제10조 각 호에 따른 고속국도와 일반국도, 지방도 등이 상호 유기적인 기능을 발휘할 수 있도록 체계적으로 구성한 도로망을 말한다. 4. "국가간선도로망"이란 전국적인 도로망의 근간이 되는 노선으로서 제10조제1호에 따른 고속국도와 같은 조 제2호에 따른 일반국도를 말한다. 5. "도로관리청"이란 도로에 관한 계획, 건설, 관리의 주체가 되는 기관으로서 도로의 구분에 따라 제23조에서 규정하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다. 가. 국토교통부장관 나. 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사·시장·군수 또는 자치구의 구청장(이하 "행정청"이라 한다) 6. "도로구역"이란 도로를 구성하는 일단의 토지로서 제25조에 따라 결정된 구역을 말한다. 7. "도로공사"란 도로의 신설, 확장, 개량 및 보수(補修) 등을 하는 공사를 말한다.

8. "도로의 유지·관리"란 도로의 기능을 유지하기 위하여 필요한 일반적인 도로관리(경미한 도로의 보수 공사 등을 포함한다) 활동을 말한다.
9. "타공작물"이란 도로와 그 효용을 함께 발휘하는 둑, 호안(護岸), 철도 또는 궤도용의 교량, 횡단도로, 가로수, 그 밖에 대통령령으로 정하는 공작물을 말한다.

제10조(도로의 종류와 등급)

도로의 종류는 다음 각 호와 같고, 그 등급은 다음 각 호에 열거한 순서와 같다.

1. 고속국도(고속국도의 지선 포함)
2. 일반국도(일반국도의 지선 포함)
3. 특별시도(特別市道)·광역시도(廣域市道)
4. 지방도
5. 시도
6. 군도
7. 구도

제11조(고속국도의 지정·고시)

국토교통부장관은 도로교통망의 중요한 축(軸)을 이루며 주요 도시를 연결하는 도로로서 자동차(「자동차관리법」 제2조제1호에 따른 자동차 및 같은 조 제1호의3에 따른 자율주행자동차와 「건설기계관리법」 제2조제1항제1호에 따른 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것을 말한다. 이하 제47조, 제113조 및 제115조제1호에서 같다) 전용의 고속교통에 사용되는 도로 노선을 정하여 고속국도를 지정·고시한다. <개정 2023. 8. 16.>

[법규32] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률(약칭: 화재보험법)

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 21.> 1. "손해보험회사"란 「보험업법」 제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다. 2. "특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조 제1항에 따른 손해배상책임을 담보하는 보험을 말한다. 3. "특수건물"이란 국유건물·공유건물·교육시설·백화점·시장·의료시설·흥행장·숙박업소·다중이용업소·운수시설·공장·공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다. 4. "소방시설"이란 「소방시설 설치 및 관리에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 소방시설등, 「건축법」 제49조에 따른 피난시설, 그 밖에 소방 관련 시설로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다. [전문개정 2011. 5. 19.] **제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임)** ① 특수건물의 소유자는 그 특수건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때 또는 다른 사람의 재물에 손해가 발생한 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조 제1항 제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 이 경우 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물의 소유자에게 경과실(輕過失)이 있는 경우에도 또한 같다. <개정 2017. 4. 18.> ② 특수건물 소유자의 손해배상책임에 관하여는 이 법에서 규정하는 것 외에는 「민법」에 따른다. [전문개정 2011. 5. 19.] **제8조(보험금액)** ① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다. <개정 2017. 4. 18.> 1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액

2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구분에 따른 금액
가. 사망의 경우: 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
나. 부상의 경우: 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액
다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 화재 1건마다 1억원 이상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액
3. 삭제 <2017. 4. 18.>

② (생 략)

[전문개정 2011. 5. 19.]

제16조(안전점검)

① 협회는 보험계약을 체결할 때 또는 보험계약을 갱신할 때마다 해당 특수건물의 화재예방 및 소방시설의 안전점검을 하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 특수건물에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 일정 기간 안전점검을 하지 아니할 수 있다. <개정 2019. 1. 15., 2023. 3. 21.>
1. 안전점검 결과 총리령으로 정하는 화재위험도지수(「보험업법」 제176조에 따른 보험요율 산출기관이 정한 화재위험도지수를 말한다)가 낮은 특수건물
2.「고압가스 안전관리법」 제13조의2제1항에 따라 안전성향상계획을 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물
3.「산업안전보건법」 제44조 제1항에 따라 공정안전보고서를 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물

② 협회는 필요하다고 인정할 때에는 특약부화재보험에 가입한 특수건물에 대하여 화재예방 및 소방시설의 안전점검을 할 수 있다. 이 경우 제1항 단서를 준용한다. <개정 2023. 3. 21.>

③ 협회는 제1항 및 제2항에 따른 안전점검을 실시함에 있어 총리령으로 정하는 서식을 활용하여야 한다. <신설 2023. 3. 21.>

④ 특수건물의 소유자는 정당한 이유가 없으면 제1항과 제2항에 따른 안전점검에 응하여야 한다. <개정 2023. 3. 21.>

⑤ 특수건물의 소유자가 제1항이나 제2항에 따른 안전점검에 응하지

아니하면 협회는 소방관서의 장에게 그에 대한 안전점검을 요청할 수 있다. <개정 2023. 3. 21.>

⑥ 협회는 제1항과 제2항에 따른 안전점검을 할 때에 어떠한 명목의 비용도 받을 수 없다. <개정 2023. 3. 21.>

⑦ 협회는 제1항 및 제2항에 따른 안전점검을 실시한 경우 그 점검 결과를 총리령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장 및 소방관서의 장에게 통보하여야 한다. 이 경우 제17조에 따른 개선 요청이 있는 경우에는 이를 포함하여 통보하여야 한다. <신설 2023. 3. 21.>

⑧ 제1항과 제2항에 따른 안전점검 및 제7항에 따른 통보 등에 관하여 필요한 세부사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2023. 3. 21.>

[전문개정 2011. 5. 19.]

[법규33] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령(약칭: 화재보험법 시행령)

내용
제2조(특수건물) ①「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조 제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다. <개정 1997. 6. 13., 1998. 4. 1., 1999. 5. 24., 2001. 7. 7., 2002. 12. 5., 2003. 6. 30., 2003. 11. 29., 2008. 2. 29., 2009. 7. 27., 2009. 8. 6., 2010. 12. 7., 2012. 1. 31., 2014. 7. 7., 2016. 8. 11., 2017. 10. 17., 2020. 12. 1. 2021. 12. 30., 2023. 8. 22.> 1.「국유재산법」 제5조 제1항 제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다. 1의2.「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만,「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다. 2.「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조 제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물 3.「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물 4.「관광진흥법」 제3조 제1항 제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물 5.「공중위생관리법」 제2조 제1항 제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물 6.「공연법」 제2조 제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

7. 「방송법」 제2조 제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
8. 「유통산업발전법」 제2조 제3호에 따른 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
9. 「농수산물유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조 제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.
10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
    가. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조 제6호에 따른 게임제공업
    나. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조 제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업
    다. 「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조 제13호에 따른 노래연습장업
    라. 「식품위생법 시행령」 제21조 제8호가목에 따른 휴게음식점영업
    마. 「식품위생법 시행령」 제21조 제8호나목에 따른 일반음식점영업
    바. 「식품위생법 시행령」 제21조 제8호다목에 따른 단란주점영업
    사. 「식품위생법 시행령」 제21조 제8호라목에 따른 유흥주점영업
    아. 「식품위생법 시행령」 제21조 제9호에 따른 공유주방 운영업
11. 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 건물을 제외한다.
12. 「주택법 시행령」 제3조 제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우 「공동주택관리법」 제2조 제1

항 제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트 단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.

13. 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제16조 제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용도로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

15. 「공중위생관리법」 제2조 제1항 제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

16. 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조 제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

17. 「도시철도법」 제2조 제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.

18. 「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물

② 제1항 제12호 및 제14호에 따른 건물의 층수 계산방법은 「건축법 시행령」 제119조 제1항 제9호에 따르되, 건축물의 옥상부분으로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다. <개정 1974. 12. 31., 1991. 9. 3., 1997. 6. 13., 2002. 12. 5., 2017. 10. 17.>

제5조(보험금액)

① 법 제8조 제1항 제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.

1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천

만원으로 한다.

2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 별표 1에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라 한다)의 경우: 피해자 1명마다 별표 2에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 하나의 사고로 제1항 제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 보험금을 지급한다.

1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항 제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액
2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항 제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액
3. 제1항 제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항 제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

[전문개정 2017. 10. 17.]

제8조(보험금 지급)

① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체 없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.<개정 2017. 10. 17.>

② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체 없이 다음 각호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.<개정 2017. 10. 17.>

1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

[법규34] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙 (약칭: 화재보험법 시행규칙)

내용
제2조(손해액) ① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조 제1항 제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다. 1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액 2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비 ② 영 제5조 제1항 제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다. ③ 영 제5조 제1항 제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다. ④ 영 제5조 제1항 제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다. 1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비 2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액 [전문개정 2017. 10. 19.]

[법규35] 개인정보 보호법

내용
제15조(개인정보의 수집·이용) ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다. <개정 2023. 3. 14.> 1. 정보주체의 동의를 받은 경우 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우 4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우 5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다. 7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우 ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다. 1. 개인정보의 수집·이용 목적 2. 수집하려는 개인정보의 항목 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간 4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용 ③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다. <신

설 2020. 2. 4.>

제16조(개인정보의 수집 제한)

① 개인정보처리자는 제15조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하여 개인정보를 수집하는 경우에는 그 목적에 필요한 최소한의 개인정보를 수집하여야 한다. 이 경우 최소한의 개인정보 수집이라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

② 개인정보처리자는 정보주체의 동의를 받아 개인정보를 수집하는 경우 필요한 최소한의 정보 외의 개인정보 수집에는 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 구체적으로 알리고 개인정보를 수집하여야 한다. <신설 2013. 8. 6.>

③ 개인정보처리자는 정보주체가 필요한 최소한의 정보 외의 개인정보 수집에 동의하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <개정 2013. 8. 6.>

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다. <개정 2020. 2. 4., 2023. 3. 14.>

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호, 제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제 <2023. 3. 14.>

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에

필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

제18조(개인정보의 목적 외 이용·제공 제한)

① 개인정보처리자는 개인정보를 제15조제1항에 따른 범위를 초과하여 이용하거나 제17조제1항 및 제28조의8제1항에 따른 범위를 초과하여 제3자에게 제공하여서는 아니 된다. <개정 2020. 2. 4., 2023. 3. 14.>

② 제1항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 정보주체 또는 제3자의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있을 때를 제외하고는 개인정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공할 수 있다. 다만, 제5호부터 제9호까지에 따른 경우는 공공기관의 경우로 한정한다. <개정 2020. 2. 4., 2023. 3. 14.>

1. 정보주체로부터 별도의 동의를 받은 경우
2. 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우
3. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
4. 삭제 <2020. 2. 4.>
5. 개인정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공하지 아니하면 다른 법률에서 정하는 소관 업무를 수행할 수 없는 경우로서 보호위원회의 심의·의결을 거친 경우
6. 조약, 그 밖의 국제협정의 이행을 위하여 외국정부 또는 국제기구에 제공하기 위하여 필요한 경우
7. 범죄의 수사와 공소의 제기 및 유지를 위하여 필요한 경우
8. 법원의 재판업무 수행을 위하여 필요한 경우
9. 형(刑) 및 감호, 보호처분의 집행을 위하여 필요한 경우
10. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

③ 개인정보처리자는 제2항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보의 이용 목적(제공 시에는 제공받는 자의 이용 목적을 말한다)

3. 이용 또는 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

④ 공공기관은 제2항제2호부터 제6호까지, 제8호부터 제10호까지에 따라 개인정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공하는 경우에는 그 이용 또는 제공의 법적 근거, 목적 및 범위 등에 관하여 필요한 사항을 보호위원회가 고시로 정하는 바에 따라 관보 또는 인터넷 홈페이지 등에 게재하여야 한다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4., 2023. 3. 14.>

⑤ 개인정보처리자는 제2항 각 호의 어느 하나의 경우에 해당하여 개인정보를 목적 외의 용도로 제3자에게 제공하는 경우에는 개인정보를 제공받는 자에게 이용 목적, 이용 방법, 그 밖에 필요한 사항에 대하여 제한을 하거나, 개인정보의 안전성 확보를 위하여 필요한 조치를 마련하도록 요청하여야 한다. 이 경우 요청을 받은 자는 개인정보의 안전성 확보를 위하여 필요한 조치를 하여야 한다.

[제목개정 2013. 8. 6.]

제19조(개인정보를 제공받은 자의 이용·제공 제한)

개인정보처리자로부터 개인정보를 제공받은 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 개인정보를 제공받은 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공하여서는 아니 된다.

1. 정보주체로부터 별도의 동의를 받은 경우
2. 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우

[법규36] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률(약칭: 신용정보법)

내용
제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2015. 3. 11., 2018. 12. 11., 2020. 6. 9.> 1. 서면 2.「전자서명법」제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다) 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식 4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다. 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식 ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.> ③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경

우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <신설 2015. 3. 11.>

⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인

신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.

7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다. <개정 2011. 5. 19., 2015. 3. 11.>

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의

범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.

1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
4. 제32조제6항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

[전문개정 2020. 2. 4.]

제35조(신용정보 이용 및 제공사실의 조회)

① 신용정보회사등은 개인신용정보를 이용하거나 제공한 경우 대통

령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 구분에 따른 사항을 신용정보주체가 조회할 수 있도록 하여야 한다. 다만, 내부 경영관리의 목적으로 이용하거나 반복적인 업무위탁을 위하여 제공하는 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 개인신용정보를 이용한 경우: 이용 주체, 이용 목적, 이용 날짜, 이용한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
2. 개인신용정보를 제공한 경우: 제공 주체, 제공받은 자, 제공 목적, 제공한 날짜, 제공한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

② ~ ③ (생 략)

[전문개정 2015. 3. 11.]

제36조(상거래 거절 근거 신용정보의 고지 등)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관으로부터 제공받은 개인신용정보로서 대통령령으로 정하는 정보에 근거하여 상대방과의 상거래관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 해당 신용정보주체의 요구가 있으면 그 거절 또는 중지의 근거가 된 정보 등 대통령령으로 정하는 사항을 본인에게 고지하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

② ~ ③ (생 략)

제37조(개인신용정보 제공 동의 철회권 등)

① 개인인 신용정보주체는 제32조제1항 각 호의 방식으로 동의를 받은 신용정보제공·이용자에게 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 또는 신용정보집중기관에 제공하여 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 외의 목적으로 행한 개인신용정보 제공 동의를 대통령령으로 정하는 바에 따라 철회할 수 있다. 다만, 동의를 받은 신용정보제공·이용자 외의 신용정보제공·이용자에게 해당 개인신용정보를 제공하지 아니하면 해당 신용정보주체와 약정한 용역의 제공을 하지 못하게 되는 등 계약 이행이 어려워지거나 제33조제1항제1호에 따른 목적을 달성할 수 없는 경우에는 고객이 동의를 철회하려면 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

② 개인인 신용정보주체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 신용정보

제공・이용자에 대하여 상품이나 용역을 소개하거나 구매를 권유할 목적으로 본인에게 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있다.

③ ~ ⑤ (생 략)

[제목개정 2020. 2. 4.]

제38조(신용정보의 열람 및 정정청구 등)

① 신용정보주체는 신용정보회사등에 본인의 신분을 나타내는 증표를 내보이거나 전화, 인터넷 홈페이지의 이용 등 대통령령으로 정하는 방법으로 본인임을 확인받아 신용정보회사등이 가지고 있는 신용정보주체 본인에 관한 신용정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보의 교부 또는 열람을 청구할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

② 제1항에 따라 자신의 신용정보를 열람한 신용정보주체는 본인 신용정보가 사실과 다른 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 정정을 청구할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

③ 제2항에 따라 정정청구를 받은 신용정보회사등은 정정청구에 정당한 사유가 있다고 인정하면 지체 없이 해당 신용정보의 제공・이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 사실과 다르거나 확인할 수 없는 신용정보는 삭제하거나 정정하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

④ 제3항에 따라 신용정보를 삭제하거나 정정한 신용정보회사등은 해당 신용정보를 최근 6개월 이내에 제공받은 자와 해당 신용정보주체가 요구하는 자에게 해당 신용정보에서 삭제하거나 정정한 내용을 알려야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

⑤ 신용정보회사등은 제3항 및 제4항에 따른 처리결과를 7일 이내에 해당 신용정보주체에게 알려야 하며, 해당 신용정보주체는 처리결과에 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있다. 다만, 개인신용정보에 대한 제45조의3 제1항에 따른 상거래기업 및 법인의 처리에 대하여 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 「개인정보 보호법」에 따른 개인정보 보호위원회(이하 "보호위원회"라 한다)에 그 시정을 요청할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

⑥ ~ ⑧ (생 략)

제39조(무료 열람권)

개인인 신용정보주체는 1년 이내로서 대통령령으로 정하는 일정한

기간마다 개인신용평가회사(대통령령으로 정하는 개인신용평가회사는 제외한다)에 대하여 다음 각 호의 신용정보를 1회 이상 무료로 교부받거나 열람할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

1. 개인신용평점
2. 개인신용평점의 산출에 이용된 개인신용정보
3. 그 밖에 제1호 및 제2호에서 정한 정보와 유사한 정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보

[법규37] 건설기술 진흥법

내용
제85조(벌칙) ① 제28조제1항을 위반하여 착공 후부터 「건설산업기본법」 제28조에 따른 하자담보책임기간까지의 기간에 다리, 터널, 철도, 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설물의 구조에서 주요 부분에 중대한 손괴(損壞)를 일으켜 사람을 다치거나 죽음에 이르게 한 자는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다. <개정 2018. 12. 31.> ② 제1항의 죄를 범하여 사람을 위험하게 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. **제86조(벌칙)** ① 업무상 과실로 제85조제1항의 죄를 범하여 사람을 다치거나 죽음에 이르게 한 자는 10년 이하의 징역이나 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. ② 업무상 과실로 제85조제2항의 죄를 범한 자는 5년 이하의 징역이나 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

[법규38] 고압가스 안전관리법(약칭: 고압가스법)

내용
제38조(벌칙) ① 고압가스시설을 손괴한 자 및 용기·특정설비를 개조한 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. ② 업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 고압가스 시설을 손괴한 자는 2년 이하의 금고(禁錮) 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. ③ 제2항의 죄를 범하여 가스를 누출시키거나 폭발하게 함으로써 사람을 상해(傷害)에 이르게 하면 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. 사망에 이르게 하면 10년 이하의 금고 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2009. 5. 21.> ④ 제1항의 미수범은 처벌한다. [전문개정 2007. 12. 21.]

[법규39] 민사소송법

내용
제254조(재판장등의 소장심사권) ① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014. 12. 30.> ② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다. ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다. ④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다. [제목개정 2014. 12. 30.]
제266조(소의 취하) ① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다. ② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다. ③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다. ④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다. ⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다. ⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.

② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제393조(항소의 취하)

① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.

② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014. 12. 30.>

② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

[제목개정 2014. 12. 30.]

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수

있다. <개정 2014. 12. 30.>
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
[제목개정 2014. 12. 30.]

제412조(반소의 제기)
① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.
② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)
상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

[법규40] 특허법

내용
제1조(목적) 이 법은 발명을 보호·장려하고 그 이용을 도모함으로써 기술의 발전을 촉진하여 산업발전에 이바지함을 목적으로 한다. [전문개정 2014. 6. 11.]
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2019. 12. 10.> 1. "발명"이란 자연법칙을 이용한 기술적 사상의 창작으로서 고도(高度)한 것을 말한다. 2. "특허발명"이란 특허를 받은 발명을 말한다. 3. "실시"란 다음 각 목의 구분에 따른 행위를 말한다. 가. 물건의 발명인 경우: 그 물건을 생산·사용·양도·대여 또는 수입하거나 그 물건의 양도 또는 대여의 청약(양도 또는 대여를 위한 전시를 포함한다. 이하 같다)을 하는 행위 나. 방법의 발명인 경우: 그 방법을 사용하는 행위 또는 그 방법의 사용을 청약하는 행위 다. 물건을 생산하는 방법의 발명인 경우: 나목의 행위 외에 그 방법에 의하여 생산한 물건을 사용·양도·대여 또는 수입하거나 그 물건의 양도 또는 대여의 청약을 하는 행위 [전문개정 2014. 6. 11.]

[법규41] 저작권법

내용
제1조(목적) 이 법은 저작자의 권리와 이에 인접하는 권리를 보호하고 저작물의 공정한 이용을 도모함으로써 문화 및 관련 산업의 향상발전에 이바지함을 목적으로 한다. <개정 2009. 4. 22.> **제2조(정의)** 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2009. 4. 22., 2011. 6. 30., 2011. 12. 2., 2016. 3. 22., 2021. 5. 18., 2023. 8. 8.> 1. "저작물"은 인간의 사상 또는 감정을 표현한 창작물을 말한다. 2. "저작자"는 저작물을 창작한 자를 말한다. 3. "공연"은 저작물 또는 실연(實演)·음반·방송을 상연·연주·가창·구연·낭독·상영·재생 그 밖의 방법으로 공중에게 공개하는 것을 말하며, 동일인의 점유에 속하는 연결된 장소 안에서 이루어지는 송신(전송은 제외한다)을 포함한다. 4. "실연자"는 저작물을 연기·무용·연주·가창·구연·낭독 그 밖의 예능적 방법으로 표현하거나 저작물이 아닌 것을 이와 유사한 방법으로 표현하는 실연을 하는 자를 말하며, 실연을 지휘, 연출 또는 감독하는 자를 포함한다. 5. "음반"은 음(음성·음향을 말한다. 이하 같다)이 유형물에 고정된 것(음을 디지털화한 것을 포함한다)을 말한다. 다만, 음이 영상과 함께 고정된 것은 제외한다. 6. "음반제작자"는 음반을 최초로 제작하는 데 있어 전체적으로 기획하고 책임을 지는 자를 말한다. 7. "공중송신"은 저작물, 실연·음반·방송 또는 데이터베이스(이하 "저작물등"이라 한다)를 공중이 수신하거나 접근하게 할 목적으로 무선 또는 유선통신의 방법에 의하여 송신하거나 이용에 제공하는 것을 말한다. 8. "방송"은 공중송신 중 공중이 동시에 수신하게 할 목적으로 음·영상 또는 음과 영상 등을 송신하는 것을 말한다. 8의2. "암호화된 방송 신호"란 방송사업자나 방송사업자의 동의를 받은 자가 정당한 권한 없이 방송(유선 및 위성 통신의 방법에 의한 방송으로 한정한다)을 수신하는 것을 방지하거나 억제하기

위하여 전자적으로 암호화한 방송 신호를 말한다.

9. "방송사업자"는 방송을 업으로 하는 자를 말한다.
10. "전송(傳送)"은 공중송신 중 공중의 구성원이 개별적으로 선택한 시간과 장소에서 접근할 수 있도록 저작물등을 이용에 제공하는 것을 말하며, 그에 따라 이루어지는 송신을 포함한다.
11. "디지털음성송신"은 공중송신 중 공중으로 하여금 동시에 수신하게 할 목적으로 공중의 구성원의 요청에 의하여 개시되는 디지털 방식의 음의 송신을 말하며, 전송은 제외한다.
12. "디지털음성송신사업자"는 디지털음성송신을 업으로 하는 자를 말한다.
13. "영상저작물"은 연속적인 영상(음의 수반여부는 가리지 아니한다)이 수록된 창작물로서 그 영상을 기계 또는 전자장치에 의하여 재생하여 볼 수 있거나 보고 들을 수 있는 것을 말한다.
14. "영상제작자"는 영상저작물의 제작에 있어 그 전체를 기획하고 책임을 지는 자를 말한다.
15. "응용미술저작물"은 물품에 동일한 형상으로 복제될 수 있는 미술저작물로서 그 이용된 물품과 구분되어 독자성을 인정할 수 있는 것을 말하며, 디자인 등을 포함한다.
16. "컴퓨터프로그램저작물"은 특정한 결과를 얻기 위하여 컴퓨터 등 정보처리능력을 가진 장치(이하 "컴퓨터"라 한다) 내에서 직접 또는 간접으로 사용되는 일련의 지시·명령으로 표현된 창작물을 말한다.
17. "편집물"은 저작물이나 부호·문자·음·영상 그 밖의 형태의 자료(이하 "소재"라 한다)의 집합물을 말하며, 데이터베이스를 포함한다.
18. "편집저작물"은 편집물로서 그 소재의 선택·배열 또는 구성에 창작성이 있는 것을 말한다.
19. "데이터베이스"는 소재를 체계적으로 배열 또는 구성한 편집물로서 개별적으로 그 소재에 접근하거나 그 소재를 검색할 수 있도록 한 것을 말한다.
20. "데이터베이스제작자"는 데이터베이스의 제작 또는 그 소재의 갱신·검증 또는 보충(이하 "갱신등"이라 한다)에 인적 또는 물적으로 상당한 투자를 한 자를 말한다.
21. "공동저작물"은 2명 이상이 공동으로 창작한 저작물로서 각자의 이바지한 부분을 분리하여 이용할 수 없는 것을 말한다.

22. "복제"는 인쇄・사진촬영・복사・녹음・녹화 그 밖의 방법으로 일시적 또는 영구적으로 유형물에 고정하거나 다시 제작하는 것을 말하며, 건축물의 경우에는 그 건축을 위한 모형 또는 설계도서에 따라 이를 시공하는 것을 포함한다.
23. "배포"는 저작물등의 원본 또는 그 복제물을 공중에게 대가를 받거나 받지 아니하고 양도 또는 대여하는 것을 말한다.
24. "발행"은 저작물 또는 음반을 공중의 수요를 충족시키기 위하여 복제・배포하는 것을 말한다.
25. "공표"는 저작물을 공연, 공중송신 또는 전시 그 밖의 방법으로 공중에게 공개하는 경우와 저작물을 발행하는 경우를 말한다.
26. "저작권신탁관리업"은 저작재산권자, 배타적발행권자, 출판권자, 저작인접권자 또는 데이터베이스제작자의 권리를 가진 자를 위하여 그 권리를 신탁받아 이를 지속적으로 관리하는 업을 말하며, 저작물등의 이용과 관련하여 포괄적으로 대리하는 경우를 포함한다.
27. "저작권대리중개업"은 저작재산권자, 배타적발행권자, 출판권자, 저작인접권자 또는 데이터베이스제작자의 권리를 가진 자를 위하여 그 권리의 이용에 관한 대리 또는 중개행위를 하는 업을 말한다.
28. "기술적 보호조치"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 조치를 말한다.
    가. 저작권, 그 밖에 이 법에 따라 보호되는 권리의 행사와 관련하여 이 법에 따라 보호되는 저작물등에 대한 접근을 효과적으로 방지하거나 억제하기 위하여 그 권리자나 권리자의 동의를 받은 자가 적용하는 기술적 조치
    나. 저작권, 그 밖에 이 법에 따라 보호되는 권리에 대한 침해행위를 효과적으로 방지하거나 억제하기 위하여 그 권리자나 권리자의 동의를 받은 자가 적용하는 기술적 조치
29. "권리관리정보"는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 정보나 그 정보를 나타내는 숫자 또는 부호로서 각 정보가 저작권, 그 밖에 이 법에 따라 보호되는 권리에 의하여 보호되는 저작물등의 원본이나 그 복제물에 붙여지거나 그 공연・실행 또는 공중송신에 수반되는 것을 말한다.
    가. 저작물등을 식별하기 위한 정보
    나. 저작권, 그 밖에 이 법에 따라 보호되는 권리를 가진 자를

식별하기 위한 정보

다. 저작물등의 이용 방법 및 조건에 관한 정보

30. "온라인서비스제공자"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

가. 이용자가 선택한 저작물등을 그 내용의 수정 없이 이용자가 지정한 지점 사이에서 정보통신망(「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호의 정보통신망을 말한다. 이하 같다)을 통하여 전달하기 위하여 송신하거나 경로를 지정하거나 연결을 제공하는 자

나. 이용자들이 정보통신망에 접속하거나 정보통신망을 통하여 저작물등을 복제·전송할 수 있도록 서비스를 제공하거나 그를 위한 설비를 제공 또는 운영하는 자

31. "업무상저작물"은 법인·단체 그 밖의 사용자(이하 "법인등"이라 한다)의 기획하에 법인등의 업무에 종사하는 자가 업무상 작성하는 저작물을 말한다.

32. "공중"은 불특정 다수인(특정 다수인을 포함한다)을 말한다.

33. "인증"은 저작물등의 이용허락 등을 위하여 정당한 권리자임을 증명하는 것을 말한다.

34. "프로그램코드역분석"은 독립적으로 창작된 컴퓨터프로그램저작물과 다른 컴퓨터프로그램과의 호환에 필요한 정보를 얻기 위하여 컴퓨터프로그램저작물코드를 복제 또는 변환하는 것을 말한다.

35. "라벨"이란 그 복제물이 정당한 권한에 따라 제작된 것임을 나타내기 위하여 저작물등의 유형적 복제물·포장 또는 문서에 부착·동봉 또는 첨부되거나 그러한 목적으로 고안된 표지를 말한다.

36. "영화상영관등"이란 영화상영관, 시사회장, 그 밖에 공중에게 영상저작물을 상영하는 장소로서 상영자에 의하여 입장이 통제되는 장소를 말한다.

[법규42] 상표법

내용
제1조(목적) 이 법은 상표를 보호함으로써 상표 사용자의 업무상 신용 유지를 도모하여 산업발전에 이바지하고 수요자의 이익을 보호함을 목적으로 한다. **제2조(정의)** ① 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2022. 2. 3.> 1. "상표"란 자기의 상품(지리적 표시가 사용되는 상품의 경우를 제외하고는 서비스 또는 서비스의 제공에 관련된 물건을 포함한다. 이하 같다)과 타인의 상품을 식별하기 위하여 사용하는 표장(標章)을 말한다. 2. "표장"이란 기호, 문자, 도형, 소리, 냄새, 입체적 형상, 홀로그램·동작 또는 색채 등으로서 그 구성이나 표현방식에 상관없이 상품의 출처(出處)를 나타내기 위하여 사용하는 모든 표시를 말한다. 3. "단체표장"이란 상품을 생산·제조·가공·판매하거나 서비스를 제공하는 자가 공동으로 설립한 법인이 직접 사용하거나 그 소속 단체원에게 사용하게 하기 위한 표장을 말한다. 4. "지리적 표시"란 상품의 특정 품질·명성 또는 그 밖의 특성이 본질적으로 특정지역에서 비롯된 경우에 그 지역에서 생산·제조 또는 가공된 상품임을 나타내는 표시를 말한다. 5. "동음이의어 지리적 표시"란 같은 상품에 대한 지리적 표시가 타인의 지리적 표시와 발음은 같지만 해당 지역이 다른 지리적 표시를 말한다. 6. "지리적 표시 단체표장"이란 지리적 표시를 사용할 수 있는 상품을 생산·제조 또는 가공하는 자가 공동으로 설립한 법인이 직접 사용하거나 그 소속 단체원에게 사용하게 하기 위한 표장을 말한다. 7. "증명표장"이란 상품의 품질, 원산지, 생산방법 또는 그 밖의 특성을 증명하고 관리하는 것을 업(業)으로 하는 자가 타인의 상품에 대하여 그 상품이 품질, 원산지, 생산방법 또는 그 밖의 특성

을 충족한다는 것을 증명하는 데 사용하는 표장을 말한다.

8. "지리적 표시 증명표장"이란 지리적 표시를 증명하는 것을 업으로 하는 자가 타인의 상품에 대하여 그 상품이 정해진 지리적 특성을 충족한다는 것을 증명하는 데 사용하는 표장을 말한다.
9. "업무표장"이란 영리를 목적으로 하지 아니하는 업무를 하는 자가 그 업무를 나타내기 위하여 사용하는 표장을 말한다.
10. "등록상표"란 상표등록을 받은 상표를 말한다.
11. "상표의 사용"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위를 말한다.
    가. 상품 또는 상품의 포장에 상표를 표시하는 행위
    나. 상품 또는 상품의 포장에 상표를 표시한 것을 양도·인도하거나 전기통신회선을 통하여 제공하는 행위 또는 이를 목적으로 전시하거나 수출·수입하는 행위
    다. 상품에 관한 광고·정가표(定價表)·거래서류, 그 밖의 수단에 상표를 표시하고 전시하거나 널리 알리는 행위

② 제1항제11호 각 목에 따른 상표를 표시하는 행위에는 다음 각 호의 어느 하나의 방법으로 표시하는 행위가 포함된다.

1. 표장의 형상이나 소리 또는 냄새로 상표를 표시하는 행위
2. 전기통신회선을 통하여 제공되는 정보에 전자적 방법으로 표시하는 행위

③ 단체표장·증명표장 또는 업무표장에 관하여는 이 법에서 특별히 규정한 것을 제외하고는 상표에 관한 규정을 적용한다.

④ 지리적 표시 증명표장에 관하여는 이 법에서 특별히 규정한 것을 제외하고는 지리적 표시 단체표장에 관한 규정을 적용한다.

[법규43] 실용신안법

내용
제1조(목적) 이 법은 실용적인 고안을 보호·장려하고 그 이용을 도모함으로써 기술의 발전을 촉진하여 산업발전에 이바지함을 목적으로 한다. **제2조(정의)** 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. "고안"이란 자연법칙을 이용한 기술적 사상의 창작을 말한다. 2. "등록실용신안"이란 실용신안등록을 받은 고안을 말한다. 3. "실시"란 고안에 관한 물품을 생산·사용·양도·대여 또는 수입하거나 그 물품의 양도 또는 대여의 청약(양도 또는 대여를 위한 전시를 포함한다. 이하 같다)을 하는 행위를 말한다. [전문개정 2014. 6. 11.]

[법규44] 지식재산 기본법

내용

제1조(목적)

이 법은 지식재산의 창출·보호 및 활용을 촉진하고 그 기반을 조성하기 위한 정부의 기본 정책과 추진 체계를 마련하여 우리 사회에서 지식재산의 가치가 최대한 발휘될 수 있도록 함으로써 국가의 경제·사회 및 문화 등의 발전과 국민의 삶의 질 향상에 이바지하는 것을 목적으로 한다.

제2조(기본이념)

정부는 지식재산 관련 정책을 다음 각 호의 기본이념에 따라 추진하여야 한다.

1. 저작자, 발명가, 과학기술자 및 예술가 등 지식재산 창출자가 창의적이고 안정적으로 활동할 수 있도록 함으로써 우수한 지식재산의 창출을 촉진한다.
2. 지식재산을 효과적이고 안정적으로 보호하고, 그 활용을 촉진하는 동시에 합리적이고 공정한 이용을 도모한다.
3. 지식재산이 존중되는 사회환경을 조성하고 전문인력과 관련 산업을 육성함으로써 지식재산의 창출·보호 및 활용을 촉진하기 위한 기반을 마련한다.
4. 지식재산에 관한 국내규범과 국제규범 간의 조화를 도모하고 개발도상국의 지식재산 역량 강화를 지원함으로써 국제사회의 공동 발전에 기여한다.

제3조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "지식재산"이란 인간의 창조적 활동 또는 경험 등에 의하여 창출되거나 발견된 지식·정보·기술, 사상이나 감정의 표현, 영업이나 물건의 표시, 생물의 품종이나 유전자원(遺傳資源), 그 밖에 무형적인 것으로서 재산적 가치가 실현될 수 있는 것을 말한다.
2. "신지식재산"이란 경제·사회 또는 문화의 변화나 과학기술의 발전에 따라 새로운 분야에서 출현하는 지식재산을 말한다.
3. "지식재산권"이란 법령 또는 조약 등에 따라 인정되거나 보호되는 지식재산에 관한 권리를 말한다.

4. "공공연구기관"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.
   가. 국가 또는 지방자치단체가 직접 설립·운영하는 연구기관
   나.「고등교육법」제2조에 따른 학교
   다.「정부출연연구기관 등의 설립·운영 및 육성에 관한 법률」제2조에 따른 정부출연연구기관
   라.「과학기술분야 정부출연연구기관 등의 설립·운영 및 육성에 관한 법률」제2조에 따른 과학기술분야 정부출연연구기관
   마.「지방자치단체출연 연구원의 설립 및 운영에 관한 법률」제2조에 따른 지방자치단체출연연구원
   바.「특정연구기관 육성법」제2조에 따른 특정연구기관
   사.「산업기술혁신 촉진법」제42조에 따른 전문생산기술연구소
   아.「공익법인의 설립·운영에 관한 법률」제2조에 따른 공익법인 중 지식재산의 창출이나 활용과 관련된 업무를 수행하는 기관
   자.「공공기관의 운영에 관한 법률」제4조에 따라 공공기관으로 지정된 기관 중 지식재산의 창출이나 활용과 관련된 업무를 수행하는 기관
5. "사업자등"이란 공공연구기관 외의 자로서 지식재산과 관련된 사업을 하거나 연구·지원 등의 업무를 수행하는 자를 말한다.

[법규45] 소비자기본법

내용
제70조(단체소송의 대상등) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다. <개정 2016. 3. 29.> 1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체 가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것 나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것 다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것 2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원 3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체 4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체 가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것 나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것 다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것 라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

[법규46] 자본시장과 금융투자업에 관한 법률(약칭: 자본시장법)

내용

제3조(금융투자상품)

① 이 법에서 "금융투자상품"이란 이익을 얻거나 손실을 회피할 목적으로 현재 또는 장래의 특정(特定) 시점에 금전, 그 밖의 재산적 가치가 있는 것(이하 "금전등"이라 한다)을 지급하기로 약정함으로써 취득하는 권리로서, 그 권리를 취득하기 위하여 지급하였거나 지급하여야 할 금전등의 총액(판매수수료 등 대통령령으로 정하는 금액을 제외한다)이 그 권리로부터 회수하였거나 회수할 수 있는 금전등의 총액(해지수수료 등 대통령령으로 정하는 금액을 포함한다)을 초과하게 될 위험(이하 "투자성"이라 한다)이 있는 것을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 제외한다. <개정 2011. 7. 25., 2013. 5. 28.>

1. 원화로 표시된 양도성 예금증서
2. 「신탁법」 제78조제1항에 따른 수익증권발행신탁이 아닌 신탁으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 신탁(제103조제1항제1호의 재산을 신탁받는 경우는 제외하고 수탁자가 「신탁법」 제46조부터 제48조까지의 규정에 따라 처분 권한을 행사하는 경우는 포함한다. 이하 "관리형신탁"이라 한다)의 수익권
   가. 위탁자(신탁계약에 따라 처분권한을 가지고 있는 수익자를 포함한다)의 지시에 따라서만 신탁재산의 처분이 이루어지는 신탁
   나. 신탁계약에 따라 신탁재산에 대하여 보존행위 또는 그 신탁재산의 성질을 변경하지 아니하는 범위에서 이용·개량 행위만을 하는 신탁
3. 그 밖에 해당 금융투자상품의 특성 등을 고려하여 금융투자상품에서 제외하더라도 투자자 보호 및 건전한 거래질서를 해할 우려가 없는 것으로서 대통령령으로 정하는 금융투자상품

② 제1항의 금융투자상품은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 증권
2. 파생상품
   가. 장내파생상품
   나. 장외파생상품

제4조(증권)

① 이 법에서 "증권"이란 내국인 또는 외국인이 발행한 금융투자상품으로서 투자자가 취득과 동시에 지급한 금전등 외에 어떠한 명목으로든지 추가로 지급의무(투자자가 기초자산에 대한 매매를 성립시킬 수 있는 권리를 행사하게 됨으로써 부담하게 되는 지급의무를 제외한다)를 부담하지 아니하는 것을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증권은 제2편제5장, 제3편제1장(제8편부터 제10편까지의 규정 중 제2편제5장, 제3편제1장의 규정에 따른 의무 위반행위에 대한 부분을 포함한다) 및 제178조·제179조를 적용하는 경우에만 증권으로 본다. <개정 2013. 5. 28., 2015. 7. 24.>

1. 투자계약증권
2. 지분증권, 수익증권 또는 증권예탁증권 중 해당 증권의 유통 가능성, 이 법 또는 금융관련 법령에서의 규제 여부 등을 종합적으로 고려하여 대통령령으로 정하는 증권

② 제1항의 증권은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 채무증권
2. 지분증권
3. 수익증권
4. 투자계약증권
5. 파생결합증권
6. 증권예탁증권

③ 이 법에서 "채무증권"이란 국채증권, 지방채증권, 특수채증권(법률에 의하여 직접 설립된 법인이 발행한 채권을 말한다. 이하 같다), 사채권(「상법」 제469조제2항제3호에 따른 사채의 경우에는 제7항제1호에 해당하는 것으로 한정한다. 이하 같다), 기업어음증권(기업이 사업에 필요한 자금을 조달하기 위하여 발행한 약속어음으로서 대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 것을 말한다. 이하 같다), 그 밖에 이와 유사(類似)한 것으로서 지급청구권이 표시된 것을 말한다. <개정 2013. 5. 28.>

④ 이 법에서 "지분증권"이란 주권, 신주인수권이 표시된 것, 법률에 의하여 직접 설립된 법인이 발행한 출자증권, 「상법」에 따른 합자회사·유한책임회사·유한회사·합자조합·익명조합의 출자지분, 그 밖에 이와 유사한 것으로서 출자지분 또는 출자지분을 취득할 권리가 표시된 것을 말한다. <개정 2013. 5. 28.>

⑤ 이 법에서 "수익증권"이란 제110조의 수익증권, 제189조의 수익증권, 그 밖에 이와 유사한 것으로서 신탁의 수익권이 표시된 것을 말한다.

⑥ 이 법에서 "투자계약증권"이란 특정 투자자가 그 투자자와 타인(다른 투자자를 포함한다. 이하 이 항에서 같다) 간의 공동사업에 금전등을 투자하고 주로 타인이 수행한 공동사업의 결과에 따른 손익을 귀속받는 계약상의 권리가 표시된 것을 말한다.

⑦ 이 법에서 "파생결합증권"이란 기초자산의 가격·이자율·지표·단위 또는 이를 기초로 하는 지수 등의 변동과 연계하여 미리 정하여진 방법에 따라 지급하거나 회수하는 금전등이 결정되는 권리가 표시된 것을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것은 제외한다. <개정 2013. 5. 28., 2016. 3. 29., 2017. 4. 18., 2022. 12. 31.>

1. 발행과 동시에 투자자가 지급한 금전등에 대한 이자, 그 밖의 과실(果實)에 대하여만 해당 기초자산의 가격·이자율·지표·단위 또는 이를 기초로 하는 지수 등의 변동과 연계된 증권
2. 제5조제1항제2호에 따른 계약상의 권리(제5조제1항 각 호 외의 부분 단서에서 정하는 금융투자상품은 제외한다)
3. 해당 사채의 발행 당시 객관적이고 합리적인 기준에 따라 미리 정하는 사유가 발생하는 경우 주식으로 전환되거나 그 사채의 상환과 이자지급 의무가 감면된다는 조건이 붙은 것으로서 제165조의11제1항에 따라 주권상장법인이 발행하는 사채

3의2. 「은행법」 제33조제1항제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 상각형 조건부자본증권, 은행주식 전환형 조건부자본증권 및 은행지주회사주식 전환형 조건부자본증권

3의3. 「금융지주회사법」 제15조의2제1항제2호 또는 제3호에 따른 상각형 조건부자본증권 또는 전환형 조건부자본증권

3의4. 「보험업법」 제114조의2제1항제1호에서 제3호까지의 규정에 따른 상각형 조건부자본증권, 보험회사주식 전환형 조건부자본증권 및 금융지주회사주식 전환형 조건부자본증권

4. 「상법」 제469조제2항제2호, 제513조 및 제516조의2에 따른 사채
5. 그 밖에 제1호부터 제3호까지, 제3호의2부터 제3호의4까지 및 제4호에 따른 금융투자상품과 유사한 것으로서 대통령령으로 정하는 금융투자상품

⑧ 이 법에서 "증권예탁증권"이란 제2항제1호부터 제5호까지의 증권을 예탁받은 자가 그 증권이 발행된 국가 외의 국가에서 발행한 것으로서 그 예탁받은 증권에 관련된 권리가 표시된 것을 말한다.

⑨ 제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 증권에 표시될 수 있거나 표시되어야 할 권리는 그 증권이 발행되지 아니한 경우에도 그 증권으로 본다.

⑩ 이 법에서 "기초자산"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

1. 금융투자상품
2. 통화(외국의 통화를 포함한다)
3. 일반상품(농산물·축산물·수산물·임산물·광산물·에너지에 속하는 물품 및 이 물품을 원료로 하여 제조하거나 가공한 물품, 그 밖에 이와 유사한 것을 말한다)
4. 신용위험(당사자 또는 제삼자의 신용등급의 변동, 파산 또는 채무재조정 등으로 인한 신용의 변동을 말한다)
5. 그 밖에 자연적·환경적·경제적 현상 등에 속하는 위험으로서 합리적이고 적정한 방법에 의하여 가격·이자율·지표·단위의 산출이나 평가가 가능한 것

제125조(거짓의 기재 등으로 인한 배상책임)

① 증권신고서(정정신고서 및 첨부서류를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)와 투자설명서(예비투자설명서 및 간이투자설명서를 포함한다. 이하 이 조에서 같다) 중 중요사항에 관하여 거짓의 기재 또는 표시가 있거나 중요사항이 기재 또는 표시되지 아니함으로써 증권의 취득자가 손해를 입은 경우에는 다음 각 호의 자는 그 손해에 관하여 배상의 책임을 진다. 다만, 배상의 책임을 질 자가 상당한 주의를 하였음에도 불구하고 이를 알 수 없었음을 증명하거나 그 증권의 취득자가 취득의 청약을 할 때에 그 사실을 안 경우에는 배상의 책임을 지지 아니한다. <개정 2009. 2. 3., 2013. 5. 28.>

1. 그 증권신고서의 신고인과 신고 당시의 발행인의 이사(이사가 없는 경우 이에 준하는 자를 말하며, 법인의 설립 전에 신고된 경우에는 그 발기인을 말한다)
2. 「상법」 제401조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 그 증권신고서의 작성을 지시하거나 집행한 자
3. 그 증권신고서의 기재사항 또는 그 첨부서류가 진실 또는 정확

하다고 증명하여 서명한 공인회계사·감정인 또는 신용평가를 전문으로 하는 자 등(그 소속단체를 포함한다) 대통령령으로 정하는 자

4. 그 증권신고서의 기재사항 또는 그 첨부서류에 자기의 평가·분석·확인 의견이 기재되는 것에 대하여 동의하고 그 기재내용을 확인한 자

5. 그 증권의 인수인 또는 주선인(인수인 또는 주선인이 2인 이상인 경우에는 대통령령으로 정하는 자를 말한다)

6. 그 투자설명서를 작성하거나 교부한 자

7. 매출의 방법에 의한 경우 매출신고 당시의 매출인

② 예측정보가 다음 각 호에 따라 기재 또는 표시된 경우에는 제1항에 불구하고 제1항 각 호의 자는 그 손해에 관하여 배상의 책임을 지지 아니한다. 다만, 그 증권의 취득자가 취득의 청약 시에 예측정보 중 중요사항에 관하여 거짓의 기재 또는 표시가 있거나 중요사항이 기재 또는 표시되지 아니한 사실을 알지 못한 경우로서 제1항 각 호의 자에게 그 기재 또는 표시와 관련하여 고의 또는 중대한 과실이 있었음을 증명한 경우에는 배상의 책임을 진다.

1. 그 기재 또는 표시가 예측정보라는 사실이 밝혀져 있을 것

2. 예측 또는 전망과 관련된 가정이나 판단의 근거가 밝혀져 있을 것

3. 그 기재 또는 표시가 합리적 근거나 가정에 기초하여 성실하게 행하여졌을 것

4. 그 기재 또는 표시에 대하여 예측치와 실제 결과치가 다를 수 있다는 주의문구가 밝혀져 있을 것

③ 제2항은 주권비상장법인이 최초로 주권을 모집 또는 매출하기 위하여 증권신고서를 제출하는 경우에는 적용하지 아니한다.

제162조(거짓의 기재 등에 의한 배상책임)

① 제159조제1항의 사업보고서·반기보고서·분기보고서·주요사항보고서(이하 "사업보고서등"이라 한다) 및 그 첨부서류(회계감사인의 감사보고서는 제외한다) 중 중요사항에 관하여 거짓의 기재 또는 표시가 있거나 중요사항이 기재 또는 표시되지 아니함으로써 사업보고서 제출대상법인이 발행한 증권(그 증권과 관련된 증권예탁증권, 그 밖에 대통령령으로 정하는 증권을 포함한다. 이하 이

조에서 같다)의 취득자 또는 처분자가 손해를 입은 경우에는 다음 각 호의 자는 그 손해에 관하여 배상의 책임을 진다. 다만, 배상의 책임을 질 자가 상당한 주의를 하였음에도 불구하고 이를 알 수 없었음을 증명하거나 그 증권의 취득자 또는 처분자가 그 취득 또는 처분을 할 때에 그 사실을 안 경우에는 배상의 책임을 지지 아니한다. <개정 2009. 2. 3.>

1. 그 사업보고서등의 제출인과 제출당시의 그 사업보고서 제출대상법인의 이사
2. 「상법」 제401조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 그 사업보고서등의 작성을 지시하거나 집행한 자
3. 그 사업보고서등의 기재사항 및 그 첨부서류가 진실 또는 정확하다고 증명하여 서명한 공인회계사·감정인 또는 신용평가를 전문으로 하는 자 등(그 소속단체를 포함한다) 대통령령으로 정하는 자
4. 그 사업보고서등의 기재사항 및 그 첨부서류에 자기의 평가·분석·확인 의견이 기재되는 것에 대하여 동의하고 그 기재내용을 확인한 자

② 예측정보가 다음 각 호에 따라 기재 또는 표시된 경우에는 제1항에 불구하고 제1항 각 호의 자는 그 손해에 관하여 배상의 책임을 지지 아니한다. 다만, 해당 증권의 취득자 또는 처분자가 그 취득 또는 처분을 할 때에 예측정보 중 중요사항에 관하여 거짓의 기재 또는 표시가 있거나 중요사항이 기재 또는 표시되지 아니한 사실을 알지 못한 경우로서 제1항 각 호의 자에게 그 기재 또는 표시와 관련하여 고의 또는 중대한 과실이 있었음을 증명한 경우에는 배상의 책임을 진다.

1. 그 기재 또는 표시가 예측정보라는 사실이 밝혀져 있을 것
2. 예측 또는 전망과 관련된 가정 또는 판단의 근거가 밝혀져 있을 것
3. 그 기재 또는 표시가 합리적 근거 또는 가정에 기초하여 성실하게 행하여졌을 것
4. 그 기재 또는 표시에 대하여 예측치와 실제 결과치가 다를 수 있다는 주의문구가 밝혀져 있을 것

③ 제1항 및 제2항에 따라 배상할 금액은 청구권자가 그 증권을 취득 또는 처분함에 있어서 실제로 지급한 금액 또는 받은 금액과 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 금액(처분의 경우에는 제1호에

한한다)과의 차액으로 추정한다.

1. 제1항 및 제2항에 따라 손해배상을 청구하는 소송의 변론이 종결될 때의 그 증권의 시장가격(시장가격이 없는 경우에는 추정처분가격을 말한다)

2. 제1호의 변론종결 전에 그 증권을 처분한 경우에는 그 처분가격

④ 제3항에 불구하고 제1항 및 제2항에 따라 배상책임을 질 자는 청구권자가 입은 손해액의 전부 또는 일부가 중요사항에 관하여 거짓의 기재 또는 표시가 있거나 중요사항이 기재 또는 표시되지 아니함으로써 발생한 것이 아님을 증명한 경우에는 그 부분에 대하여 배상책임을 지지 아니한다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따른 배상의 책임은 그 청구권자가 해당 사실을 안 날부터 1년 이내 또는 해당 제출일부터 3년 이내에 청구권을 행사하지 아니한 경우에는 소멸한다.

제170조(회계감사인의 손해배상책임)

① 「주식회사 등의 외부감사에 관한 법률」 제31조제2항부터 제9항까지의 규정은 선의의 투자자가 사업보고서등에 첨부된 회계감사인(외국회계감사인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 감사보고서를 신뢰하여 손해를 입은 경우 그 회계감사인의 손해배상책임에 관하여 준용한다. <개정 2009. 2. 3., 2014. 1. 28., 2017. 10. 31.>

② 제1항에 따라 배상할 금액은 청구권자가 그 증권(그 증권과 관련된 증권예탁증권, 그 밖에 대통령령으로 정하는 증권을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)을 취득 또는 처분함에 있어서 실제로 지급한 금액 또는 받은 금액과 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 금액(처분의 경우에는 제1호에 한한다)과의 차액으로 추정한다.

1. 제1항에 따라 손해배상을 청구하는 소송의 변론이 종결될 때의 그 증권의 시장가격(시장가격이 없는 경우에는 추정처분가격을 말한다)

2. 제1호의 변론종결 전에 그 증권을 처분한 경우에는 그 처분가격

③ 제2항에 불구하고 제1항에 따라 배상책임을 질 자는 청구권자가 입은 손해액의 전부 또는 일부가 중요사항에 관하여 거짓의 기재 또는 표시가 있거나 중요사항이 기재 또는 표시되지 아니함으로써 발생한 것이 아님을 증명한 경우에는 그 부분에 대하여 배상책임을 지지 아니한다.

제175조(미공개중요정보 이용행위의 배상책임)

① 제174조를 위반한 자는 해당 특정증권등의 매매, 그 밖의 거래를 한 자가 그 매매, 그 밖의 거래와 관련하여 입은 손해를 배상할 책임을 진다.

② 제1항에 따른 손해배상청구권은 청구권자가 제174조를 위반한 행위가 있었던 사실을 안 때부터 2년간 또는 그 행위가 있었던 때부터 5년간 이를 행사하지 아니한 경우에는 시효로 인하여 소멸한다. <개정 2018. 3. 27.>

제177조(시세조종의 배상책임)

① 제176조를 위반한 자는 다음 각 호의 구분에 따른 손해를 배상할 책임을 진다. <개정 2013. 5. 28.>

1. 그 위반행위로 인하여 형성된 가격에 의하여 해당 증권 또는 파생상품에 관한 매매등을 하거나 그 위탁을 한 자가 그 매매등 또는 위탁으로 인하여 입은 손해
2. 제1호의 손해 외에 그 위반행위(제176조제4항 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 한정한다)로 인하여 가격에 영향을 받은 다른 증권, 파생상품 또는 그 증권·파생상품의 기초자산에 대한 매매등을 하거나 그 위탁을 한 자가 그 매매등 또는 위탁으로 인하여 입은 손해
3. 제1호 및 제2호의 손해 외에 그 위반행위(제176조제4항 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 한정한다)로 인하여 특정 시점의 가격 또는 수치에 따라 권리행사 또는 조건성취 여부가 결정되거나 금전등이 결제되는 증권 또는 파생상품과 관련하여 그 증권 또는 파생상품을 보유한 자가 그 위반행위로 형성된 가격 또는 수치에 따라 결정되거나 결제됨으로써 입은 손해

② 제1항에 따른 손해배상청구권은 청구권자가 제176조를 위반한 행위가 있었던 사실을 안 때부터 2년간 또는 그 행위가 있었던 때부터 5년간 이를 행사하지 아니한 경우에는 시효로 인하여 소멸한다. <개정 2018. 3. 27.>

제179조(부정거래행위 등의 배상책임)

① 제178조를 위반한 자는 그 위반행위로 인하여 금융투자상품의 매매, 그 밖의 거래를 한 자가 그 매매, 그 밖의 거래와 관련하여 입

은 손해를 배상할 책임을 진다.

② 제1항에 따른 손해배상청구권은 청구권자가 제178조를 위반한 행위가 있었던 사실을 안 때부터 2년간 또는 그 행위가 있었던 때부터 5년간 이를 행사하지 아니한 경우에는 시효로 인하여 소멸한다. <개정 2018. 3. 27.>

[법규47] 노동조합 및 노동관계조정법(약칭: 노동조합법)

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. <개정 2021. 1. 5.>

1. "근로자"라 함은 직업의 종류를 불문하고 임금·급료 기타 이에 준하는 수입에 의하여 생활하는 자를 말한다.
2. "사용자"라 함은 사업주, 사업의 경영담당자 또는 그 사업의 근로자에 관한 사항에 대하여 사업주를 위하여 행동하는 자를 말한다.
3. "사용자단체"라 함은 노동관계에 관하여 그 구성원인 사용자에 대하여 조정 또는 규제할 수 있는 권한을 가진 사용자의 단체를 말한다.
4. "노동조합"이라 함은 근로자가 주체가 되어 자주적으로 단결하여 근로조건의 유지·개선 기타 근로자의 경제적·사회적 지위의 향상을 도모함을 목적으로 조직하는 단체 또는 그 연합단체를 말한다. 다만, 다음 각목의 1에 해당하는 경우에는 노동조합으로 보지 아니한다.
   가. 사용자 또는 항상 그의 이익을 대표하여 행동하는 자의 참가를 허용하는 경우
   나. 경비의 주된 부분을 사용자로부터 원조받는 경우
   다. 공제·수양 기타 복리사업만을 목적으로 하는 경우
   라. 근로자가 아닌 자의 가입을 허용하는 경우
   마. 주로 정치운동을 목적으로 하는 경우
5. "노동쟁의"라 함은 노동조합과 사용자 또는 사용자단체(이하 "勞動關係 當事者"라 한다)간에 임금·근로시간·복지·해고 기타 대우등 근로조건의 결정에 관한 주장의 불일치로 인하여 발생한 분쟁상태를 말한다. 이 경우 주장의 불일치라 함은 당사자간에 합의를 위한 노력을 계속하여도 더이상 자주적 교섭에 의한 합의의 여지가 없는 경우를 말한다.
6. "쟁의행위"라 함은 파업·태업·직장폐쇄 기타 노동관계 당사자가 그 주장을 관철할 목적으로 행하는 행위와 이에 대항하는 행위로서 업무의 정상적인 운영을 저해하는 행위를 말한다.

[법규48] 집회 및 시위에 관한 법률(약칭: 집시법)

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2020. 12. 22.> 1. "옥외집회"란 천장이 없거나 사방이 폐쇄되지 아니한 장소에서 여는 집회를 말한다. 2. "시위"란 여러 사람이 공동의 목적을 가지고 도로, 광장, 공원 등 일반인이 자유로이 통행할 수 있는 장소를 행진하거나 위력(威力) 또는 기세(氣勢)를 보여, 불특정한 여러 사람의 의견에 영향을 주거나 제압(制壓)을 가하는 행위를 말한다. 3. "주최자(主催者)"란 자기 이름으로 자기 책임 아래 집회나 시위를 여는 사람이나 단체를 말한다. 주최자는 주관자(主管者)를 따로 두어 집회 또는 시위의 실행을 맡아 관리하도록 위임할 수 있다. 이 경우 주관자는 그 위임의 범위 안에서 주최자로 본다. 4. "질서유지인"이란 주최자가 자신을 보좌하여 집회 또는 시위의 질서를 유지하게 할 목적으로 임명한 자를 말한다. 5. "질서유지선"이란 관할 경찰서장이나 시·도경찰청장이 적법한 집회 및 시위를 보호하고 질서유지나 원활한 교통 소통을 위하여 집회 또는 시위의 장소나 행진 구간을 일정하게 구획하여 설정한 띠, 방책(防柵), 차선(車線) 등의 경계 표지(標識)를 말한다. 6. "경찰관서"란 국가경찰관서를 말한다.

[법규49] 독점규제 및 공정거래에 관한 법률(약칭: 공정거래법)

내용
제1조(목적) 이 법은 사업자의 시장지배적지위의 남용과 과도한 경제력의 집중을 방지하고, 부당한 공동행위 및 불공정거래행위를 규제하여 공정하고 자유로운 경쟁을 촉진함으로써 창의적인 기업활동을 조성하고 소비자를 보호함과 아울러 국민경제의 균형 있는 발전을 도모함을 목적으로 한다.

[법규50] 증권관련 집단소송법

내용

제1조(목적)

이 법은 증권의 거래과정에서 발생한 집단적인 피해를 효율적으로 구제하고 이를 통하여 기업의 경영투명성을 높이기 위하여 증권관련집단소송에 관하여 「민사소송법」에 대한 특례를 정하는 것을 목적으로 한다.

[전문개정 2010. 3. 31.]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "증권관련집단소송"이란 증권의 매매 또는 그 밖의 거래과정에서 다수인에게 피해가 발생한 경우 그 중의 1인 또는 수인(數人)이 대표당사자가 되어 수행하는 손해배상청구소송을 말한다.
2. "총원"(總員)이란 증권의 매매 또는 그 밖의 거래과정에서 다수인에게 피해가 발생한 경우 그 손해의 보전(補塡)에 관하여 공통의 이해관계를 가지는 피해자 전원을 말한다.
3. "구성원"이란 총원을 구성하는 각각의 피해자를 말한다.
4. "대표당사자"란 법원의 허가를 받아 총원을 위하여 증권관련집단소송 절차를 수행하는 1인 또는 수인의 구성원을 말한다.
5. "제외신고"(除外申告)란 구성원이 증권관련집단소송에 관한 판결 등의 기판력(旣判力)을 받지 아니하겠다는 의사를 법원에 신고하는 것을 말한다.
6. "증권"이란 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제4조에 따른 증권을 말한다.

[전문개정 2010. 3. 31.]

제3조(적용 범위)

① 증권관련집단소송의 소(訴)는 다음 각 호의 손해배상청구에 한정하여 제기할 수 있다.

1. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제125조에 따른 손해배상청구
2. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제162조(제161조에 따른 주요사항보고서의 경우는 제외한다)에 따른 손해배상청구

3.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제175조, 제177조 또는 제179조에 따른 손해배상청구
4.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제170조에 따른 손해배상청구

② 제1항에 따른 손해배상청구는 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인이 발행한 증권의 매매 또는 그 밖의 거래로 인한 것이어야 한다.

[전문개정 2010. 3. 31.]

제4조(관할)

증권관련집단소송은 피고의 보통재판적(普通裁判籍) 소재지를 관할하는 지방법원 본원 합의부의 전속관할로 한다.

[전문개정 2010. 3. 31.]

[법규51] 산업재해보상보험법(약칭: 산재보험법)

내용

제1조(목적)

이 법은 산업재해보상보험 사업을 시행하여 근로자의 업무상의 재해를 신속하고 공정하게 보상하며, 재해근로자의 재활 및 사회 복귀를 촉진하기 위하여 이에 필요한 보험시설을 설치·운영하고, 재해 예방과 그 밖에 근로자의 복지 증진을 위한 사업을 시행하여 근로자 보호에 이바지하는 것을 목적으로 한다.

제2조(보험의 관장과 보험연도)

① 이 법에 따른 산업재해보상보험 사업(이하 "보험사업"이라 한다)은 고용노동부장관이 관장한다. <개정 2010. 6. 4.>

② 이 법에 따른 보험사업의 보험연도는 정부의 회계연도에 따른다.

제3조(국가의 부담 및 지원)

① 국가는 회계연도마다 예산의 범위에서 보험사업의 사무 집행에 드는 비용을 일반회계에서 부담하여야 한다.

② 국가는 회계연도마다 예산의 범위에서 보험사업에 드는 비용의 일부를 지원할 수 있다.

제4조(보험료)

이 법에 따른 보험사업에 드는 비용에 충당하기 위하여 징수하는 보험료나 그 밖의 징수금에 관하여는 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」(이하 "보험료징수법"이라 한다)에서 정하는 바에 따른다.

제5조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2010. 1. 27., 2010. 5. 20., 2010. 6. 4., 2012. 12. 18., 2017. 10. 24., 2018. 6. 12., 2020. 5. 26.>

1. "업무상의 재해"란 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말한다.
2. "근로자"·"임금"·"평균임금"·"통상임금"이란 각각 「근로기준법」에 따른 "근로자"·"임금"·"평균임금"·"통상임금"을 말한다.

다만, 「근로기준법」에 따라 "임금" 또는 "평균임금"을 결정하기 어렵다고 인정되면 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금액을 해당 "임금" 또는 "평균임금"으로 한다.

3. "유족"이란 사망한 사람의 배우자(사실상 혼인 관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)·자녀·부모·손자녀·조부모 또는 형제자매를 말한다.
4. "치유"란 부상 또는 질병이 완치되거나 치료의 효과를 더 이상 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에 이르게 된 것을 말한다.
5. "장해"란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태를 말한다.
6. "중증요양상태"란 업무상의 부상 또는 질병에 따른 정신적 또는 육체적 훼손으로 노동능력이 상실되거나 감소된 상태로서 그 부상 또는 질병이 치유되지 아니한 상태를 말한다.
7. "진폐"(塵肺)란 분진을 흡입하여 폐에 생기는 섬유증식성(纖維增殖性) 변화를 주된 증상으로 하는 질병을 말한다.
8. "출퇴근"이란 취업과 관련하여 주거와 취업장소 사이의 이동 또는 한 취업장소에서 다른 취업장소로의 이동을 말한다.

제6조(적용 범위)

이 법은 근로자를 사용하는 모든 사업 또는 사업장(이하 "사업"이라 한다)에 적용한다. 다만, 위험률·규모 및 장소 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 사업에 대하여는 이 법을 적용하지 아니한다.

[법규52] 장애인복지법

내용
제2조(장애인의 정의 등) ① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다. ② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다. 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다. 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다. ③ "장애인학대"란 장애인에 대하여 신체적·정신적·정서적·언어적·성적 폭력이나 가혹행위, 경제적 착취, 유기 또는 방임을 하는 것을 말한다. <신설 2012. 10. 22., 2015. 6. 22.> ④ (생 략) **제32조(장애인 등록)** ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2017. 2. 8.> ② 삭제 <2017. 2. 8.> ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인 등에게 필요한 조치를 할 수 있다. <개정 2017. 2. 8., 2017. 12. 19.> ④ 삭제 <2024. 1. 9.> ⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나

표시를 사용하여서는 아니 된다.

⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다. <신설 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2015. 12. 29., 2017. 12. 19.>

⑦ 삭제 <2021. 7. 27.>

⑧ 보건복지부장관 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 「사회보장기본법」 제37조에 따른 사회보장정보시스템을 이용하여 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인이 필요한 경우에 이를 확인하여 줄 수 있다. <개정 2024. 2. 13.>

⑨ 제1항, 제3항, 제5항, 제6항 및 제8항에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2024. 2. 13.>

[규정1] 관공서의 공휴일에 관한 규정(약칭: 관공서공휴일규정)

내용

제1조(목적)

이 영은 「국가공무원법」 및 「공휴일에 관한 법률」에 따라 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다. <개정 2021. 8. 4.>

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다. <개정 1998. 12. 18., 2005. 6. 30., 2006. 9. 6., 2012. 12. 28., 2017. 10. 17.>

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제<2005. 6. 30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다. <개정 2023. 5. 4.>

1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제6호·제7호·제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지

의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

[전문개정 2021. 8. 4.]

부칙 <제33448호, 2023. 5. 4.>

이 영은 공포한 날부터 시행한다.

【부록】 "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내

○ **아래 안내장은 보험약관 제4조에서 정한 "표적항암제"에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.**

○ 아래 "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 2022년5월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, **처방된 항암제의 "표적항암제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.**

○ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서의 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

【의약품명과 성분명】

○ 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭'을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

○ 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.

○ 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밉 bortezomib	벨조밉주1밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		화이자보르테조밉주3.5mg(보르테조밉일수화물)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
10	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
11	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
12	엘로티닙염산염 erlotinib	엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정25밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
13	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정10mg(에베로리무스)
		에리니토정5밀리그램(에베로리무스)(5mg/1정)
		에베로즈정 10밀리그램
		에베로즈정 2.5밀리그램
		에베로즈정 5밀리그램
14	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
15	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
16	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
17	익사조밉시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
18	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
19	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
20	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
21	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
		린파자정 100밀리그램(올라파립)
		린파자정 150밀리그램(올라파립)
22	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
23	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
24	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
25	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
26	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
27	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
28	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
29	소라페닙토실레이트(미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
30	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
31	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
32	트라메티닙디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
33	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
34	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
35	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐5mg(레날리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리드정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
36	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
37	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
38	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
39	니라파립토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
40	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
41	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
42	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주150밀리그람(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙)
		허쥬마주150mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
43	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
44	실툭시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
		실반트주400밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
45	세툭시맙 cetuximab	얼비툭스주5mg/mL(세툭시맙)
46	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램(블리나투모맙,유전자재조합)
47	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
48	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		자이라베브주(베바시주맙)
49	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
50	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
51	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
52	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
53	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
54	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
55	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
56	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
57	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
58	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
59	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
60	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
61	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
62	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
63	길테리티닙푸마르산염 gilteritinib	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
64	다코미티닙 dacomitinib hydrate	비짐프로정15밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정45밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정30밀리그램(다코미티닙수화물)
65	리보시클립 ribociclib	키스칼리정 200밀리그램(리보시클립숙신산염)
66	엔트렉티닙 entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
67	라로트렉티닙 larotrctinib	비트락비액(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염)
68	레이저티닙 Lazertinib	렉라자정80밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
69	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐75밀리그램(엔코라페닙)
70	이사툭시맙 Isatuximab	살클리사주(이사툭시맙)
71	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주
72	탈라조파립 Talazoparib	탈제나캡슐1mg
		탈제나캡슐0.25mg
73	로라티닙 Lorlatinib	로비큐아정 25mg
		로비큐아정 100mg
74	겜투주맙오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주4.5mg
75	아미반타맙 Amivantamab 350mg	리브리반트주
76	소토라십 Sotorasib	루마크라스정 120mg
77	폴라투주맙베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
78	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
79	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐80밀리그램(자누브루티닙)
80	테포티닙염산염수화물 Tepotinib Hydrochloride Hydrate	텝메코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)
81	프랄세티닙분무건조분산체 Pralsetinib Spray Dried Dispersion	가브레토캡슐100밀리그램(프랄세티닙)
82	셀퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐40밀리그램(셀퍼카티닙)
		레테브모캡슐80밀리그램(셀퍼카티닙)
83	애시미닙염산염	셈블릭스정20밀리그램(애시미닙염산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	Asciminib Hydrochloride	셈블릭스정40밀리그램(애시미닙염산염)
84	카프마티닙염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Monohydrate	타브렉타정150밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정200밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
85	퍼투주맙/트라스투주맙 Pertuzumab/Trastuzumab	페스코피하주사1200/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
		페스코피하주사600/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
86	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib Hydrochloride	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산염)

【부록】 '특정면역항암제' 해당 의약품명 및 성분명 안내

○ **아래 안내장은 '특정면역항암제'에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.**

○ 아래 '특정면역항암제' 해당 의약품명 및 성분명은 2022년5월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, **처방된 항암제의 '특정면역항암제' 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.**

○ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서의 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

【의약품명과 성분명】

○ 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭'을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

○ 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.

○ 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

작용기전 분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
면역관문 억제제	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합
	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
	더발루맙 durvalumab	임핀지주(2.4mL)(더발루맙)
		임핀지주(10mL)(더발루맙)
	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
항체약물	트라스투주맙엠탄신	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)

중합체 항암치료제	trastuzumabemtansine	캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
	브렌툭시맙베도틴 brentuximabvedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
	이노투주맙오조가마이신 inotuzumabozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	겜투주맙오조가마이신 gemtuzumabozogamicin	마일로탁주4.5mg
	폴라투주맙베도틴 PolatuzumabVedotin	폴라이비주

【부록】 '특정항암호르몬치료제' 해당 의약품명 및 성분명 안내

○ **아래 안내장은 '특정항암호르몬치료제'에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.**

○ 아래 '특정항암호르몬치료제' 해당 의약품명 및 성분명은 2022년11월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, **처방된 항암제의 '특정항암호르몬치료제' 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.**

○ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서의 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

【의약품명과 성분명】

○ 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭'을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

○ 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.

○ 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	아나스토정(아나스트로졸)
		아리미덱스정(아나스트로졸)
		아리미스타정(아나스트로졸)
		아트로졸정(아나스트로졸)
		에이덱스정(아나스트로졸)
		테바아나스트로졸정1밀리그램
		페미젯정1밀리그램(아나스트로졸)
3	비칼루타미드 bicalutamide	비카루드정(비칼루타미드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카덱스정(비칼루타미드)
		카소비트정(비칼루타미드)
		칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드)
		프로세이드정(비칼루타미드)

		프로카덱스정(비칼루타미드)
		프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드)
		피엠에스비칼루타미드정50밀리그램(비칼루타미드(미분화))
4	다로루타마이드 darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
5	데가렐릭스 degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스)
		퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타마이드 enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
7	에스트라머스틴 estramustine	에스트라시트캡슐140밀리그램(에스트라머스틴인산나트륨수화물)
8	엑스메스탄 exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
9	풀베스트란트 fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)
		풀베트주(풀베스트란트)
10	고세렐린 goserelin	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
11	레트로졸 letrozole	페마라정(레트로졸)
		레나라정(레트로졸)
		트로젯정2.5밀리그램(레트로졸)
		레트론정(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		파누엘정2.5밀리그램(레트로졸)
		테바레트로졸정2.5밀리그램
		에스마라정(레트로졸)
12	류프로렐린 leuprorelin (leuprolide)	루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주30밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		동국초산류프로렐린
		루크린데포주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루크린데포주3.75밀리그램(류르로렐린아세트산염)
		루크린데포피디에스주30밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루크린데포피디에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루크린데포피디에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루크린주(류프로렐린아세트산염)
		애니젠류프로렐린아세트산염
13	메드록시프로게스테론 medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
		사야나주104mg/0.65mL(메드록시프로게스테론아세테이트)

		프로베라정10mg(메드록시프로게스테론아세트이트)
		프로베라정2.5mg(초산메드록시프로게스테론)
		프로베라정5mg(메드록시프로게스테론아세테이트)
14	타목시펜 tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
15	토레미펜 toremifene	화레스톤정40밀리그램(토레미펜시트르산염)
16	트립토렐린 triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)
		데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염)
		디페렐린피알3.75밀리그람주(초산트립토렐린)
		디페렐린피알주11.25밀리그람(파모산트립토렐린)
		디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)
17	메게스트롤 megestrol	메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트)
		네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트)
		애피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메가프렉스정40밀리그램(초산메게스트롤)
		메가프렉스정160밀리그램(초산메게스트롤)
		대원메게스트롤이에스현탁액(메게스트롤아세테이트)
		대원초산메게스트롤현탁액
		메게롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게스타현탁액(초산메게스트롤)
		메게시아현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이스내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이스에프내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이트현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게프로현탁액(메게스트롤아세테이트)
		비씨메게스트롤현탁액(초산메게스트롤)
		애피트롤이에스내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		제이트현탁액(메게스트롤아세테이트)

보험용어 해설

○ **보험약관**
- 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ **보험증권**
- 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

○ **보험계약자**
- 보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ **피보험자**
- 보험사고 발생의 대상이 되는 사람

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

○ **보험기간**
- 보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ **보험계약일**
- 보험계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ **보험료**
- 보험계약에 의하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

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

특별약관 색인

(0-9)	(갱신형)3대특정암진단금(간편심사) 특별약관	96p
	(갱신형)5대고액치료비암진단금(간편심사) 특별약관	92p
(ㄱ)	(갱신형)급성심근경색증진단금(간편심사) 특별약관	261p
(ㄴ)	(갱신형)뇌졸중진단금(간편심사) 특별약관	255p
	(갱신형)뇌혈관질환진단금(간편심사) 특별약관	258p
(ㄷ)	(갱신형)대상포진눈병진단금 특별약관	244p
	(갱신형)대상포진진단금 특별약관	242p
(ㄹ)	(갱신형)루게릭병진단금 특별약관	249p
(ㅂ)	(갱신형)보이스피싱손해 특별약관	268p
	보험료자동이체납입 특별약관	278p
(ㅇ)	(갱신형)알츠하이머병진단금 특별약관	246p
	(갱신형)암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한)(간편심사) 특별약관	117p
	(갱신형)암사망(간편심사) 특별약관	87p
	(갱신형)암수술(간편심사) 특별약관	109p
	(갱신형)암수술(상급종합병원)(간편심사) 특별약관	127p
	(갱신형)암진단금(간편심사) 특별약관	79p
	(갱신형)암진단후생활자금(5년,간편심사) 특별약관	100p
(ㅈ)	장애인전용보험전환 특별약관	282p
	제재위반 부담보 특별약관	279p
	지정대리청구서비스 특별약관	280p
(ㅋ)	(갱신형)카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관	227p
(ㅌ)	(갱신형)통풍진단금 특별약관	239p
	(갱신형)특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관	205p
	(갱신형)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관	216p
	특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관	274p
(ㅍ)	(갱신형)파킨슨병진단금 특별약관	252p
	(갱신형)표적항암약물허가치료비(간편심사) 특별약관	153p
	(갱신형)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편심사) 특별약관	162p
(ㅎ)	(갱신형)항암방사선·약물치료비(간편심사) 특별약관	137p
	(갱신형)항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)(간편심사) 특별약관	144p
	(갱신형)항암세기조절방사선치료비(간편심사) 특별약관	173p
	(갱신형)항암세기조절방사선치료비(치료횟수당)(간편심사) 특별약관	181p
	(갱신형)항암양성자방사선치료비(간편심사) 특별약관	189p

(갱신형)항암양성자방사선치료비(치료횟수당)(간편심사) 특별약관	197p
(갱신형)허혈성심장질환진단금(간편심사) 특별약관	264p