

무배당 Chubb 3대질병보장보험(갱신형) 1종 보통약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고 발생의 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: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다더라면 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.
- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
- 다. 해지환급금: 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.

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일 이후에 「일반암(소액암제외)」, 「소액암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정되었을 경우 보험수익자에게 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단지금으로 지급합니다.

1. 최초계약

<보험가입금액 1,000만원 기준>

구분	암진단자금			
	보험계약일로부터 90일이하	보험계약일로부터 90일초과 1년미만	보험계약일로부터 1년이상	
암	일반암(소액암 제외) 진단시	-	500만원	1,000만원
	소액암 진단시	100만원		200만원
	기타피부암 진단시	50만원		100만원
	갑상선암 진단시	50만원		100만원
제자리암 진단시		50만원		100만원
경계성종양 진단시		50만원		100만원

2. 갱신계약

<보험가입금액1,000만원기준>

구분	암진단자금	
	일반암(소액암 제외) 진단시	1,000만원
암	소액암 진단시	200만원
	기타피부암 진단시	100만원
	갑상선암 진단시	100만원
제자리암 진단시	100만원	
경계성종양 진단시	100만원	

② 제1항에도 불구하고 「일반암(소액암제외)」으로 암진단자금을 지급받은 이후에 진단받은 「소액암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」은 진단자금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 이 약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조】 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>
 - 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 임부·해산부·산욕부 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(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원

제5조(암, 일반암(소액암제외), 소액암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표1】 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 「소액암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 아래의 악성신생물에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
유방의 악성신생물	C50
자궁경부의 악성신생물	C53
자궁체부의 악성신생물	C54
전립선의 악성신생물	C61
방광의 악성신생물	C67

- ③ 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 이 계약에 있어서 「일반암(소액암제외)」이라 함은 「암」에서 「소액암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑥ 「암」, 「일반암(소액암제외)」, 「소액암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「일반암(소액암제외)」, 「소액암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(제자리암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표2】 “제자리신생물 분류표”참조)을 말합니다.
- ② 「제자리암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「제자리암」에 대한 임상학적 진단이 「제자리암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표3】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「경계성종양」에 대한 임상학적 진단이 「경계성종양」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조(계약의 자동갱신)

회사는 이 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 자동으로 갱신되는 것으로 합니다.

- 1. 갱신후 보장계약(이하 『갱신보장계약』이라 합니다)이 회사가 아래의 각 표에서 정한 갱신계약 이내의 계약일 것

구분	보험기간
최초계약(1회차)	5년 만기
2~4회차 갱신계약	5년 만기

- 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 아래의 각 표에서 정한 보험가입나이의 범위 내일 것

최초계약(1회차)	갱신계약
20세~60세	25세~75세

- 3. 갱신전 보장계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- 4. 갱신전 보장계약이 소멸되지 않았을 경우

제9조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지)

- ① 계약자가 갱신전 보장계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신보장계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입하여야 하며, 보험계약자가 보험료를 납입하지 않은 경우 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일에 보장계약은 해지된 것으로 봅니다.
- ② 동 기간(갱신보장계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 경우 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일)안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제10조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용(법령 및 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용)하며 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다.
- ② 회사는 제8조(계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 이 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

제11조(보험금 지급사유의 통지)

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

제12조(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 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제12조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

【영업일】 “토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 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 제12조(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. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
- 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【부표】 「보험금을 지급할 때의 적립이율의 계산」에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제20조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 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.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제14조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 각 갱신계약이 종료된 시점에 보험증권에 기재된 아래의 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	만기환급금
최초계약(1회차)	100,000원
2회차 갱신계약	100,000원
3회차 갱신계약	100,000원
4회차 갱신계약	100,000원

- ② 제1항의 만기환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약 대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【부표】 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」에 따릅니다.

제15조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제16조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제17조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제14조(만기환급금의 지급)의 경우는 계약자로하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 밖의 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.

제18조(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.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제19조(계약 전 알릴 의무)

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

【계약전 알릴의무】 상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.
【상업 제651조】 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.

제20조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제19조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
 - ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - 3. 최초계약 체결일부부터 3년이 지났을 때
 - 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에

건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약(특약)이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

제21조(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 계약일부 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제22조(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 이 계약의 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.

제23조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- 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.

제24조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

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

- ② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【전자서명법 제2조 제2호 및 제3호】 제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
 - 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
 - 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
 - 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
 - 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 사망 또는 장애를 보장하지 아니하는 보험계약
2. 사망 또는 장애를 보장하는 보험계약으로서 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
3. 사망 또는 장애를 보장하는 보험계약으로서 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제25조(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. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에 정한 암보장개시일 전일 이전에 제5조(암, 일반암(소액암제외), 소액암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제5항에서 정한 「일반암(소액암제외)」으로 진단확정되어 있는 경우

제26조(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, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는

회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 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 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제27조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- 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.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】 생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2016년 4월 13일
 ⇒ 2016년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 27년 6월 11일 = 28세

제28조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일 이후 제5조(암, 일반암(소액암제외), 소액암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제5항에서 정한 「일반암(소액암제외)」으로 진단확정되어 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암진단자금(「소액암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 또는 「경계성종양」, 진단시는 제외합니다)을 지급한 경우에는 이 계약은 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

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

- ③ 제2항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입 등

제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가

청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제5조(암, 일반암(소액암제외), 소액암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제5항에서 정한 「일반암(소액암제외)」에 대한 회사의 보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작하며, 「소액암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 회사의 보장은 제1항을 따릅니다. 다만, 제8조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로 합니다. 이하 「암보장개시일」이라 합니다.

【일반암(소액암제외)에 대한 보장개시일 예시】

계약일: 2016년 9월 1일

90일 면책기간

암보장개시일: 2016년 11월 30일

단, 「소액암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다

제30조(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.

제31조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제32조(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 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에

인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 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 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입일일까지 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 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 +1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제19조(계약 전 알릴의무), 제20조(알릴 의무 위반의 효과), 제21조(사기에 의한 계약), 제22조(보험계약의 성립) 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제19조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제20조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제26조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제35조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 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.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제37조(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 제38조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조(해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【부표】 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제39조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금,

해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제40조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제41조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제42조(관할법원)

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

제43조(소멸시효)

- ① 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권, 책임준비금 반환청구권 및 배당금청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】 주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 3년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

제44조(약관의 해석)

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

제45조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

제46조(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.

제47조(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.

제48조(준거법)

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

제49조(예금보험에 의한 지급보장)

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

무배당 Chubb 3대질병보장보험(갱신형) 1종 특별약관

일반상해사망보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자에게 보험가입금액을 **상해사망보험금**으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.
 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. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수

있습니다.

- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 「변경전 요율」 이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 「변경후 요율」 이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제5조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
 - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - 3. 최초계약 체결일부 3년이 지났을 때
 - 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 - 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제4조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약(특약)이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [[부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

제6조(특별약관의 무효)

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

【심신상실자 및 심신박약자】 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.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

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

- ③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(피보험자의 서면동의 철회)

제6조(특별약관의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 보통약관 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급) 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항은 제외합니다.

질병사망보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 진단확정된 질병으로 인하여 사망하였을 경우 보험수익자에게 보험가입금액을 질병사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 질병사망보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 무효)

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

【심신상실자 및 심신박약자】 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.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

- ② 제1항 이외에 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(피보험자의 서면동의 철회)

제3조(특별약관의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 보통약관 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급) 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항은 제외합니다.

암사망보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 그 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 **암사망보험금**으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 암사망보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표1】 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에 있어서 「일반암」이라 함은 「암」에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 「일반암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 임상학적 진단이 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

- ① 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 서면에 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.
 - 3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자】 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.

② 피보험자가 제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」으로 진단확정되어 있는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 **암사망보험금** 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

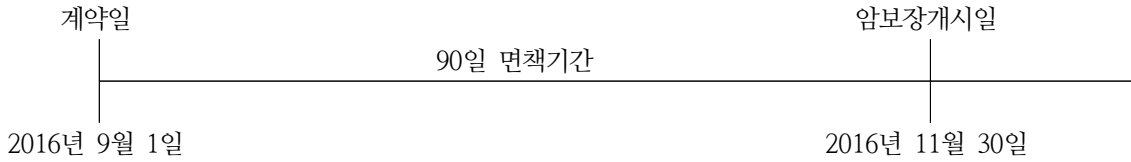
제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 - 1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 - 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 회사의 보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작하며, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 회사의 보장은 제1항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제8조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

【일반암에 대한 보장개시일 예시】



단, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다

제7조(피보험자의 서면동의 철회)

제4조(특별약관의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 보통약관 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

고액치료비암진단보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 「고액치료비암」으로 진단 확정되었을 경우 보험수익자에게 아래의 금액을 고액치료비암진단자금으로 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

1. 최초계약

<고액치료비암진단보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1,000만원 기준>

구분	고액치료비암진단자금		
	보험계약일로부터 90일이하	보험계약일로부터 90일초과 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
고액치료비암 진단시	-	500만원	1,000만원

2. 갱신계약

<고액치료비암진단보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1,000만원 기준>

구분	고액치료비암진단자금
고액치료비암 진단시	1,000만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을

지급하지 않습니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「고액치료비암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「고액치료비암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중 「식도의 악성신생물」, 「췌장의 악성신생물」, 「골 및 관절연골의 악성신생물」, 「뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물」, 「림프, 조혈 및 관절조직의 악성신생물」(【별표4】 고액치료비암 분류표 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 「고액치료비암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「고액치료비암」에 대한 임상학적 진단이 「고액치료비암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 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.

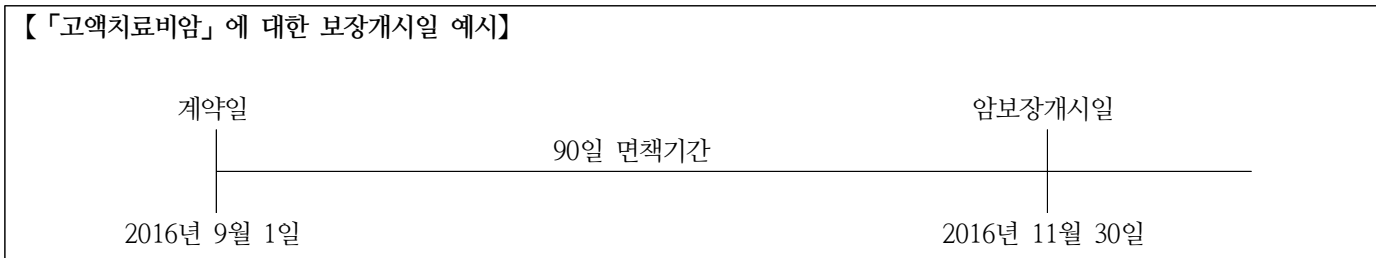
- 1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 「고액치료비암」에 대한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(고액치료비암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「고액치료비암」으로 진단확정되어 있는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액치료비암진단자금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 - 1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 - 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 「고액치료비암」에 대한 회사의 보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 다만, 보통약관 제8조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로 합니다.



제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

나만의 3대암진단보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 「나만의 3대암」으로 진단 확정되었을 경우 보험수익자에게 아래의 금액을 나만의 3대암진단보험금으로 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

1. 최초계약

<나만의 3대암진단보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1,000만원 기준>

구분		나만의 3대암진단보험금		
		보험계약일로부터 90일이하	보험계약일로부터 90일초과 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
나만의 3대암	입술/구강/인두암 진단시(선택한 경우)	-	500만원	1,000만원
	위암 진단시(선택한 경우)			
	대장암/소장암 진단시(선택한 경우)			
	간암 진단시(선택한 경우)			
	담낭 및 기타담도암 진단시(선택한 경우)			
	폐암/후두암 진단시(선택한 경우)			
	심장암 진단시(선택한 경우)			
	신장암 진단시(선택한 경우)			

2. 갱신계약

<나만의 3대암진단보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1,000만원 기준>

구분		나만의 3대암진단보험금
나만의 3대암	입술/구강/인두암 진단시(선택한 경우)	1,000만원
	위암 진단시(선택한 경우)	
	대장암/소장암 진단시(선택한 경우)	
	간암 진단시(선택한 경우)	
	담낭 및 기타담도암 진단시(선택한 경우)	
	폐암/후두암 진단시(선택한 경우)	
	심장암 진단시(선택한 경우)	
	신장암 진단시(선택한 경우)	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의

청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(나만의 3대암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「나만의3대암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 아래의 질병 중 계약자가 선택하여 보험증권에 기재된 3가지 악성신생물을 말합니다.

구분	비고
입술, 구강 및 인두의 악성신생물 위의 악성신생물7	【별표5】 입술, 구강 및 인두암 분류표 참조 【별표6】 위암 분류표 참조
결장/직장구불결장 이행부/직장/소장의 악성신생물	【별표7】 대장암 및 소장암 분류표 참조
간 및 간내 담관의 악성신생물	【별표8】 간암 분류표 참조
담낭/기타 및 담도의 상세불명 부위의 악성신생물	【별표9】 담낭 및 기타담도암 분류표 참조
후두/기관/기관지 및 폐의 악성신생물	【별표10】 후두암 및 폐암 분류표 참조
흉선/심장, 종격 및 흉막의 악성신생물	【별표11】 심장암 분류표 참조
신우를 제외한 신장의 악성신생물	【별표12】 신장암 분류표 참조

다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 「나만의 3대암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「나만의 3대암」에 대한 임상학적 진단이 「나만의 3대암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「나만의 3대암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 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. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 「나만의 3대암」(계약자가 선택한 3가지의 경우)에 대한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(나만의3대암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「나만의 3대암」(계약자가 선택한 3가지의 경우) 중 1개 이상으로 진단확정되어 있는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 「나만의 3대암」 보장개시일 이후 제1조(나만의 3대암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「나만의 3대암」으로 진단확정되어 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 나만의 3대암진단보험금을 모두 지급한 경우에는 이 계약은 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 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 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

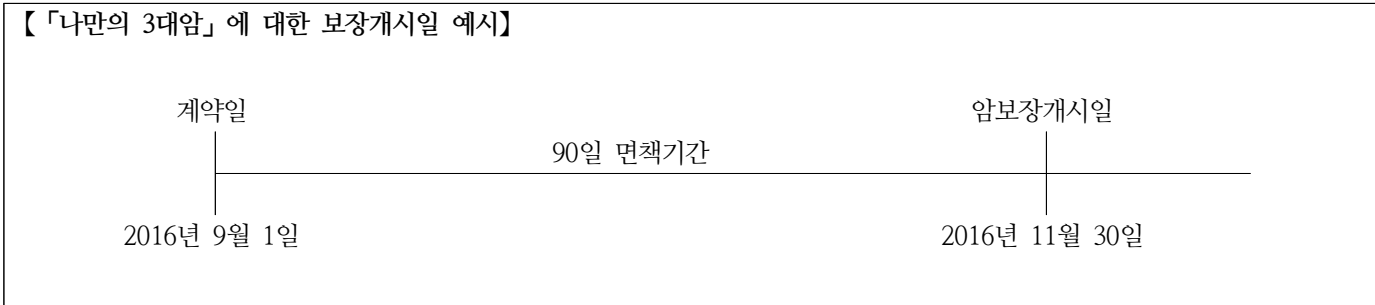
제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제1조(나만의 3대암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「나만의 3대암」에 대한 회사의

보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 다만, 보통약관 제8조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로 합니다.



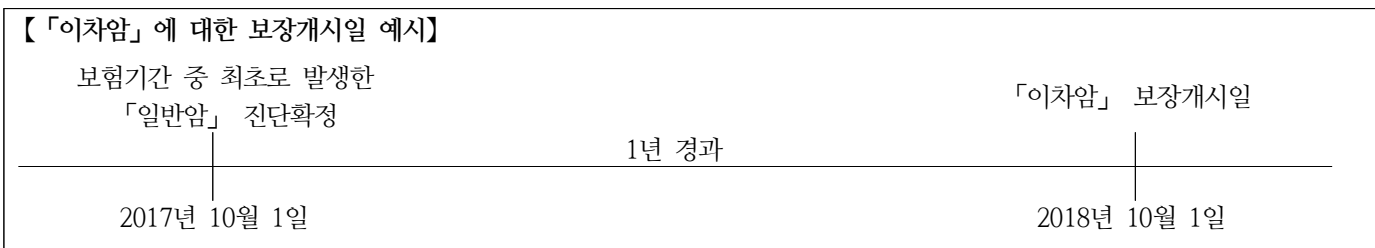
제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

이차암진단(원발/전이/재발암)보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 「이차암」으로 진단 확정된 경우 보험수익자에게 보험가입금액을 1회에 한하여 이차암진단보장보험금으로 지급합니다.
- ② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험기간 중 최초로 발생한 「일반암」 확정일로부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난 날로 합니다.



- ③ 제1항의 「이차암」 및 제2항의 「일반암」에는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」은 포함되지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「이차암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「이차암」으로 진단확정되어 있는 경우에는 계약자는 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 보험기간 중 최초로 발생한 「일반암」 진단확정일 시점의 이 특별약관의 책임준비금을 돌려 드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.
- ⑦ 위 ⑥에도 불구하고 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 「이차암」의 보장개시일(책임개시일)이전에 「이차암」으로 진단확정 받았더라도 「이차암」의 보장개시일로부터 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다)그 암으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「이차암」의 보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 「이차암」으로 간주하여 보험금을 지급합니다.

제3조(암, 일반암, 기타피부암, 갑상선암 및 이차암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표1】악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에 있어서 「일반암」이라 함은 「암」에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 이 특별약관에 있어서 「이차암」이라 함은 보험기간 중 최초로 발생한 「일반암」 진단확정일로부터 1년(12개월) 경과 후 다음 각 호의 암에 해당하는 경우를 말합니다.
 1. 새로운 원발암 : 원발부위에 발생한 암으로 보험기간 중 최초로 발생한 암과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)를 가진 암을 말합니다.
 2. 전이암 : 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속해서 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암을 말합니다.
 3. 재발암 : 보험기간 중 최초로 발생한 암과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해서 최초로 발생한 암의 암세포를 제거한 후 그 최초로 발생한 암으로 인하여 새롭게 암이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 암을 말합니다. 다만, 최초로 발생한 「일반암」의 진단부위에 세포가 제거되지 못하고 남아 있는 암과 그 암의 증식은 “재발된 암”으로 인정하지 않습니다. 최초로 발생한 「일반암」의 진단시점에 검사에서 발견되지 않은 암세포에 대해서는 암세포 제거 여부에 관계없이 “재발된 암”으로 인정합니다.
- ⑥ 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「이차암」의 진단확정 및 암세포 제거 확인은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는

미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「이차암」에 대한 임상학적 진단이 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「이차암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「이차암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음 혹은 암세포가 제거되었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

- ⑦ 위 ⑥에 따라 암세포의 제거 확인을 받지 못하였더라도 보험기간 중 최초로 발생한 「일반암」 발생 후 5년이 지나는 동안 최초로 발생한 「일반암」으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 암세포가 제거되었으므로 간주합니다.

제4조(제자리암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표2】 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「제자리신생물」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「제자리신생물」에 대한 임상학적 진단이 「제자리신생물」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「제자리신생물」로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표3】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「경계성종양」에 대한 임상학적 진단이 「경계성종양」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(특별약관의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 자동으로 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신후 보장계약(이하 『갱신보장계약』이라 합니다)이 회사가 아래의 각 표에서 정한 갱신계약 이내의 계약일 것

구분	보험기간
최초계약(1회차)	5년 만기
2~4회차 갱신계약	5년 만기

- 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 아래의 각 표에서 정한 보험가입나이의 범위 내일 것

최초계약(1회차)	갱신계약
20세~60세	25세~75세

- 3. 갱신전 보장계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

4. 갱신전 보장계약이 소멸되지 않았을 경우

- ② 갱신시점에서 [잔여보험기간-1년] 5년미만인 경우 제1항에도 불구하고 [잔여보험기간-1년]을 기준으로 하여 갱신되는 것으로 하며, 피보험자가 [갱신종료나이-1]세까지 「일반암」이 발생하지 않은 경우 [갱신종료나이-1]세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제10조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 아니하고 보장은 피보험자가 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)에 도달할 때까지 계속됩니다.

제7조(특별약관의 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. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 보험기간 중 최초로 발생한 「일반암」에 대한 보장개시일(최초계약의 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 이 특별약관의 갱신일로 합니다)의 전일 이전에 최초로 발생한 「일반암」으로 진단 확정되어 있는 경우

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 **이차암진단보험장보보험금**을 지급한 경우에는 이 계약은 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 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 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

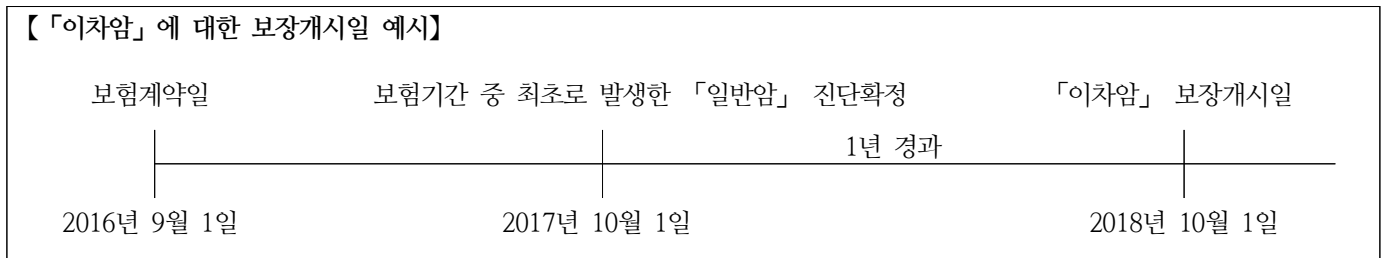
제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(암, 일반암, 기타피부암, 갑상선암 및 이차암의 정의 및 진단확정) 제5항에서 정한 「이차암」에 대한 회사의 보장은 보험기간 중 최초로 발생한 「일반암」 확정일로부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난 날로 합니다.

【「이차암」에 대한 보장개시일 예시】



제10조(보험료 납입면제)

보험료 납입기간 중 피보험자가 최초의 「일반암」으로 진단 확정된 경우 차회 이후의 이 특별약관에 해당하는 보험료 납입을 면제합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

암수술보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정되고 그 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 보험수익자에게 아래의 금액을 암수술자금으로 지급합니다.

1. 최초계약

<암수술보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 100만원 기준>

구분	암수술자금		
	보험계약일로부터 90일이하	보험계약일로부터 90일초과	
암	일반암 수술시	-	100만원
	기타피부암 수술시	10만원	10만원
	갑상선암 수술시	10만원	10만원
제자리암 수술시	10만원	10만원	
경계성종양 수술시	10만원	10만원	

2. 갱신계약

<암수술보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 100만원 기준>

구분	암수술자금	
암	일반암 수술시	100만원
	기타피부암 수술시	10만원
	갑상선암 수술시	10만원
제자리암 수술시	10만원	
경계성종양 수술시	10만원	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술자금이 지급되지 않습니다.
- ② 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표1】 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는

원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에 있어서 「일반암」이라 함은 「암」에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 임상학적 진단이 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(제자리암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표2】 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「제자리신생물」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「제자리신생물」에 대한 임상학적 진단이 「제자리신생물」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「제자리신생물」로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표3】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「경계성종양」에 대한 임상학적 진단이 「경계성종양」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술 평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문 의사자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 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. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」으로 진단확정되어 있는 경우

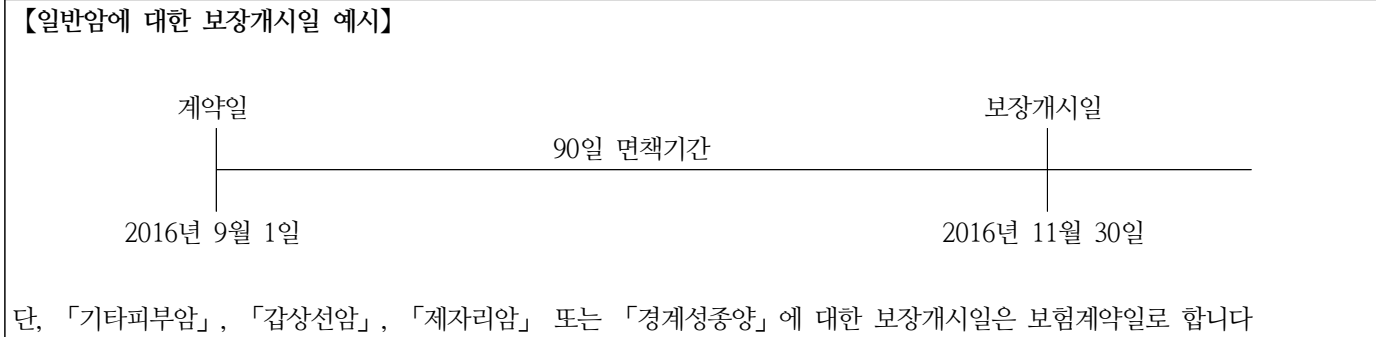
제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 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 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 - 1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 - 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 회사의 보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 회사의 보장은 제1항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제8조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로 합니다.



제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

유방암으로 인한 유방절제수술보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 제8조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 「유방암」 또는 「유방의 제자리암」으로 진단 확정되고 그 「유방암」 또는 「유방의 제자리암」의 직접적인 치료를 목적으로 「유방절제수술」을 받은 경우 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험가입금액을 유방암으로 인한 유방절제수술보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(유방암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에서 「유방암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 약관에서 「유방의 제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 D05(유방의 제자리암종)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 「유방암」, 「유방의 제자리암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 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. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「유방암」, 「유방의 제자리암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「유방암」, 「유방의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(유방절제수술의 정의)

이 약관에서 「유방절제수술(Total Mastectomy)」이라 함은 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 있어서 ‘【별표17】 유방절제수술 및 처치 코드’에 해당하는 수술을 말합니다. 다만, 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문 의사자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 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. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 제8조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 「유방암」에 대한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(유방암 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「유방암」으로 진단확정되어 있는 경우

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방절제수술보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 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 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

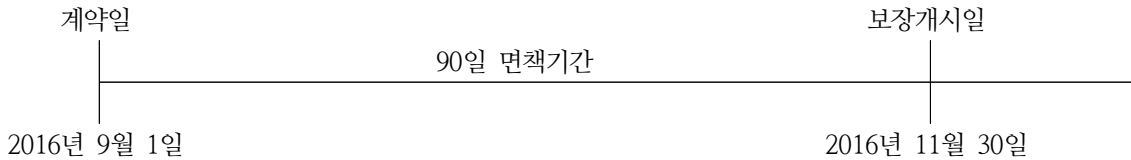
- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에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

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

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

1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(유방암 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「유방암」에 대한 회사의 보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작하며, 「유방의 제자리암」에 대한 회사의 보장은 제1항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

【「유방암」에 대한 보장개시일 예시】



단, 「유방의 제자리암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

뇌종양 수술보장 특별약관(특별약관)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 제7조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 「악성뇌종양」 또는 「기타 뇌종양」으로 진단 확정되고 그 「악성뇌종양」 또는 「기타 뇌종양」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 보험수익자에게 보험가입금액을 뇌종양 수술보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부턴 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을

청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

제3조(악성뇌종양 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에서 「악성뇌종양」이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 악성 뇌종양으로 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 ‘【별표13】 악성뇌종양 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 이 약관에서 「기타 뇌종양」이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 악성 이외의 뇌종양으로 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 ‘【별표14】 기타 뇌종양 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 「악성뇌종양」, 「기타 뇌종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 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. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「악성뇌종양」, 「기타 뇌종양」에 대한 임상학적 진단이 「악성뇌종양」, 「기타 뇌종양」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「악성뇌종양」, 「기타 뇌종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문 의사자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를

목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 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. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제7조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 「악성뇌종양」에 대한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(악성뇌종양 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「악성뇌종양」으로 진단확정되어 있는 경우

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 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 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

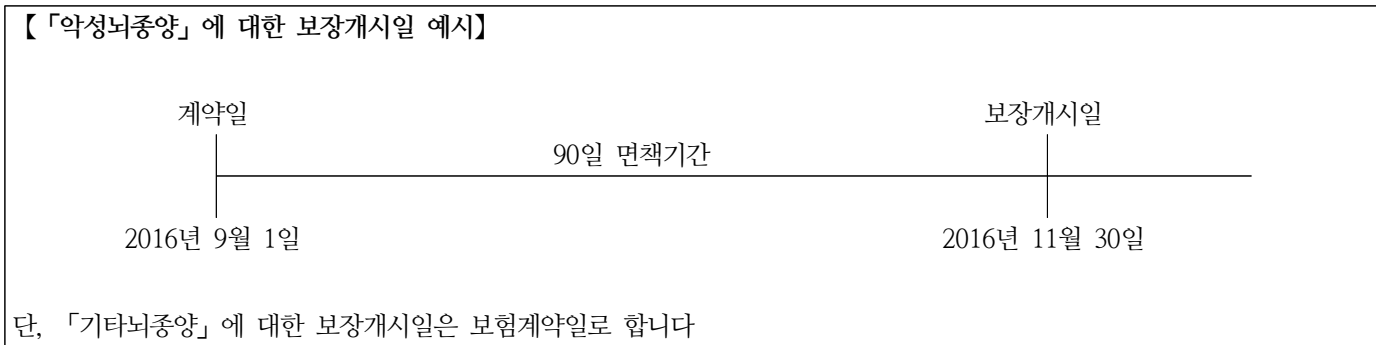
제7조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(악성뇌종양 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「악성뇌종양」에 대한 회사의 보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작하며, 「기타뇌종양」에 대한 회사의 보장은 제1항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제8조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로 합니다.



제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

암직접치료입원일당보장(4일이상 120일한도) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정되고 그 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원하였을 경우 3일을 초과한 입원 1일에 대하여 보험수익자에게 아래의 금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.

1. 최초계약

<암직접치료입원일당보장(4일이상 120일한도) 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1만원 기준>

구분	암직접치료입원일당(4일이상 120일한도)		
	보험계약일로부터 90일이하	보험계약일로부터 90일초과	
암	일반암 입원시	-	1만원
	기타피부암 입원시	1만원	1만원
	갑상선암 입원시	1만원	1만원
제자리암 입원시	1만원	1만원	
경계성종양 입원시	1만원	1만원	

2. 갱신계약

<암직접치료입원일당보장(4일이상 120일한도) 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1만원 기준>

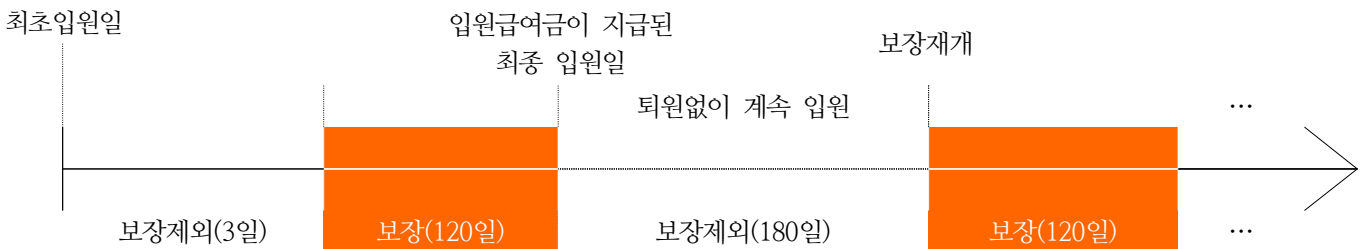
구분	암직접치료입원일당(4일이상 120일한도)	
암	일반암 입원시	1만원

	기타피부암 입원시	1만원
	갑상선암 입원시	1만원
제자리암 입원시		1만원
경계성종양 입원시		1만원

② 제1항의 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 피보험자가 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 규정에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보상하여 드립니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「암」 이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표1】 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」 이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「갑상선암」 이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에 있어서 「일반암」 이라 함은 「암」 에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」 을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 에 대한 임상학적 진단이 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자(보험대상자)가 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(제자리암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「제자리암」 이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표2】 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「제자리암」 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「제자리암」 에 대한 임상학적 진단이 「제자리암」 의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자(보험대상자)가 「제자리암」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」 이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표3】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「경계성종양」 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「경계성종양」 에 대한 임상학적 진단이 「경계성종양」 의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자(보험대상자)가 「경계성종양」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어 「입원」 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)에 의하여 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한

경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에 있어 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단이 된 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단된 경우에는 이는 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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. 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제8조(특별약관의 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. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」으로 진단확정되어 있는 경우

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 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 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

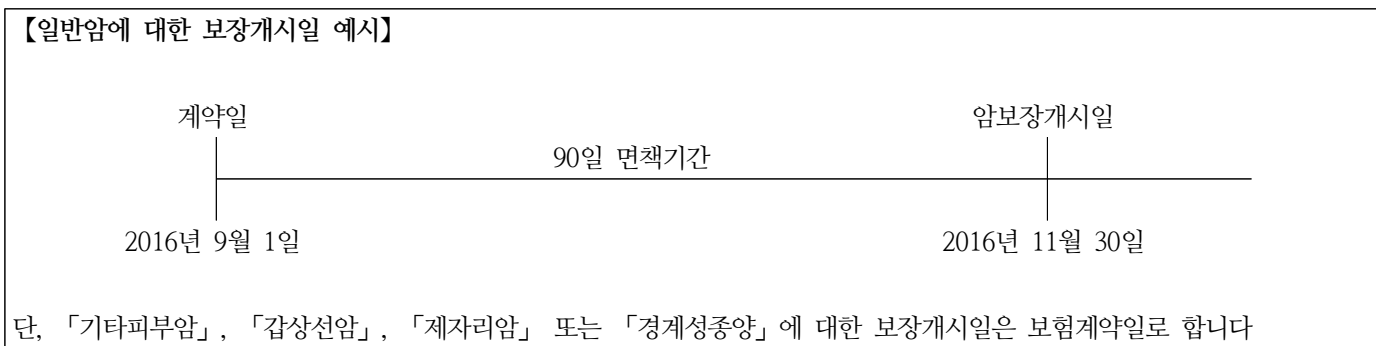
- ② 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 회사의 보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 회사의 보장은 제1항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제8조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로 합니다.



제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

암직접치료 중환자실 입원일당보장(1일이상 180일한도) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정되고 그 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 입원하였을 경우 입원 1일당 보험수익자에게 아래의 금액을 암직접치료중환자실입원일당으로 지급합니다.

1. 최초계약

<암직접치료 중환자실 입원일당보장(1일이상 180일한도) 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1만원 기준>

구분	암직접치료중환자실입원일당(1일이상 180일한도)		
	보험계약일로부터 90일이하	보험계약일로부터 90일초과	
암	일반암 입원시	-	1만원
	기타피부암 입원시	1만원	1만원
	갑상선암 입원시	1만원	1만원
제자리암 입원시	1만원	1만원	1만원
경계성종양 입원시	1만원	1만원	1만원

2. 갱신계약

<암직접치료 중환자실 입원일당보장(1일이상 180일한도) 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1만원 기준>

구분	암직접치료중환자실입원일당(1일이상 180일한도)		
암	일반암 입원시	1만원	1만원
	기타피부암 입원시	1만원	1만원
	갑상선암 입원시	1만원	1만원
제자리암 입원시	1만원	1만원	1만원
경계성종양 입원시	1만원	1만원	1만원

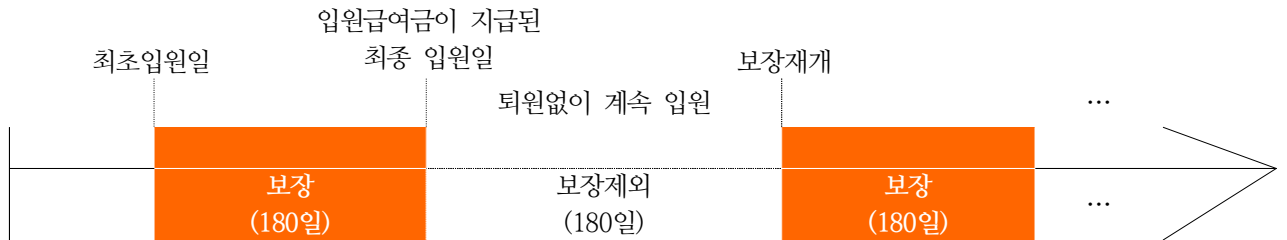
② 제1항의 암직접치료중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 피보험자가 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 규정에 따라 암직접치료중환자실입원일당을 계속 보상하여 드립니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표1】 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에 있어서 「일반암」이라 함은 「암」에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 임상학적 진단이 「암」, 「일반암」,

「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자(보험대상자)가 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(제자리암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표2】 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「제자리암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「제자리암」에 대한 임상학적 진단이 「제자리암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자(보험대상자)가 「제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표3】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「경계성종양」에 대한 임상학적 진단이 「경계성종양」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자(보험대상자)가 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(중환자실의 정의)

이 특별약관에서 「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실(【별표18】 「의료기관의 시설규격」 참조)을 말합니다.

【의료법 시행규칙 [별표 4.] 의료기관의 시설규격】에 따른 중환자실 요건

- 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함
- 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함
- 병상 1개당 면적은 10㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)
- 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기 등 구비
- 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스트포함), 심전도기록기 등 구비
- 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)
- 전담간호사를 두어야 함

제7조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어 「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단이 된 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 한

입원을 말하며, 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단된 경우에는 이는 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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. 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제9조(특별약관의 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. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」으로 진단확정되어 있는 우

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 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 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금

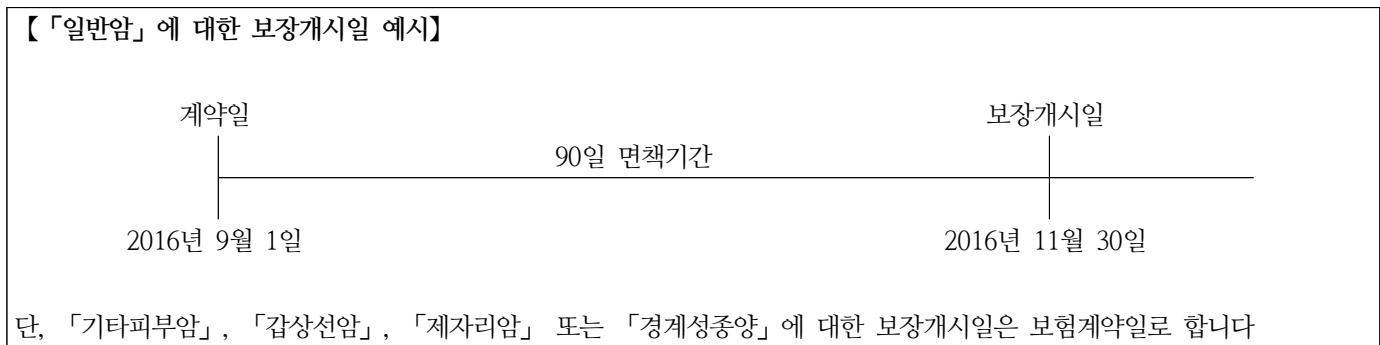
지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 - 1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 - 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 회사의 보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 회사의 보장은 제1항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제8조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로 합니다.



제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

암직접치료통원보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정되고 그 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 통원 1회당 보험수익자에게 아래의 금액을 암직접치료통원급여금으로 지급합니다.

1. 최초계약

〈암직접치료통원보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1만원 기준〉

구분		암직접치료통원급여금(통원 1회당)	
		보험계약일로부터 90일이하	보험계약일로부터 90일초과
암	일반암 통원시	-	1만원
	기타피부암 통원시	1만원	1만원
	갑상선암 통원시	1만원	1만원
제자리암 통원시		1만원	1만원
경계성종양 통원시		1만원	1만원

2. 갱신계약

〈암직접치료통원보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1만원 기준〉

구분		암직접치료통원급여금(통원 1회당)
암	일반암 입원시	1만원
	기타피부암 입원시	1만원
	갑상선암 입원시	1만원
제자리암 입원시		1만원
경계성종양 입원시		1만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표1】 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에 있어서 「일반암」이라 함은 「암」에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 임상학적 진단이 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자(보험대상자)가 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(제자리암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표2】 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「제자리암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「제자리암」에 대한 임상학적 진단이 「제자리암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자(보험대상자)가 「제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표3】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「경계성종양」에 대한 임상학적 진단이 「경계성종양」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자(보험대상자)가 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여

「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」을 직접적인 치료를 목적으로 하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단이 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단된 경우에는 암의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제7조(특별약관의 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. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」으로 진단확정되어 있는 경우

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 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 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

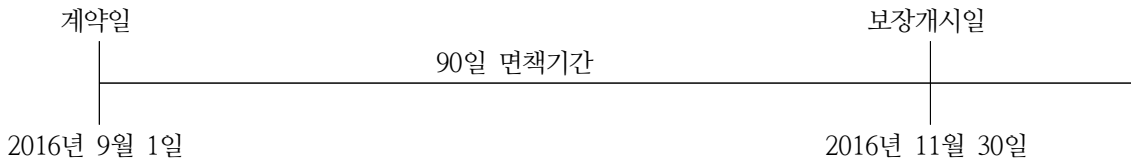
제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
 - ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 회사의 보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 회사의 보장은 제1항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제8조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

【일반암에 대한 보장개시일 예시】



단, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

일반암 항암방사선 및 약물치료비보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 제7조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 「일반암」으로 진단 확정되고 그 「일반암」의 직접적인 치료를 목적으로 방사선치료 또는 약물치료를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 금액을 일반암 항암방사선 및 약물치료비로 최초 1회에 한하여 지급합니다.

1. 최초계약

<일반암 항암방사선 및 약물치료비보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 100만원 기준>

구분	일반암 항암방사선 및 약물치료비	
	보험계약일로부터 90일이하	보험계약일로부터 90일초과
일반암 항암방사선 및 약물치료비	-	100만원

2. 갱신계약

<일반암 항암방사선 및 약물치료비보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 100만원 기준>

구분	일반암 항암방사선 및 약물치료비
일반암 항암방사선 및 약물치료를	100만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표1】 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에 있어서 「일반암」이라 함은 「암」에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 「일반암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 임상학적 진단이 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(방사선치료 및 약물치료의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 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. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 보험계약일로부터 제7조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」으로 진단확정되어 있는 경우

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 일반암 항암방사선 및 약물치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

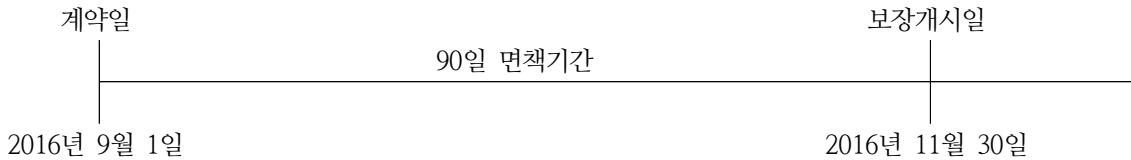
제7조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 회사의 보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 회사의 보장은 제1항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제8조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

【일반암에 대한 보장개시일 예시】



단, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

뇌출혈 및 급성심근경색증 사망보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」으로 진단확정되고, 그 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」으로 인하여 사망하였을 경우 보험수익자에게 보험가입금액을 뇌출혈 및 급성심근경색증 사망금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 뇌출혈 및 급성심근경색증 사망금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈(【별표16】 뇌출혈 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 급성심근경색증, 후속 근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증으로 분류되는 질병(【별표17】 급성심근경색증 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 무효)

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

【심신상실자 및 심신박약자】 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.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌출혈 및 급성심근경색증 사망금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(피보험자의 서면동의 철회)

제5조(특별약관의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 보통약관 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급) 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항은 제외합니다.

뇌출혈진단보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 「뇌출혈」로 진단 확정된 경우에는 보험수익자에게 아래의 금액을 뇌출혈진단자금으로 1회에 한하여 지급합니다.

- 1. 최초계약

<뇌출혈진단보장 특별약관(갱신형)보험가입금액 1,000만원 기준>

구분	뇌출혈진단자금	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
뇌출혈진단시	500만원	1,000만원

- 2. 갱신계약

<뇌출혈진단보장 특별약관(갱신형)보험가입금액 1,000만원 기준>

구분	뇌출혈진단자금
뇌출혈진단시	1,000만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌출혈」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈(【별표16】 뇌출혈 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.)에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단자금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이

특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급) 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항은 제외합니다.

금성심근경색증진단보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 「금성심근경색증」으로 진단 확정된 경우에는 보험수익자에게 아래의 금액을 금성심근경색증진단자금으로 1회에 한하여 지급합니다.

1. 최초계약

〈금성심근경색증진단보장 특별약관(갱신형)보험가입금액 1,000만원 기준〉

구분	금성심근경색증진단자금	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
금성심근경색증진단시	500만원	1,000만원

2. 갱신계약

〈금성심근경색증진단보장 특별약관(갱신형)보험가입금액 1,000만원 기준〉

구분	금성심근경색증진단자금
금성심근경색증진단시	1,000만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「급성심근경색증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 급성심근경색증, 후속 근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증으로 분류되는 질병(【별표17】 급성심근경색증 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.)에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단지금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급) 및 제29조(제1회

보험료 및 회사의 보장개시) 제4항은 제외합니다.

뇌출혈 및 급성심근경색증 수술보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」으로 진단확정되고, 그 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 보험수익자에게 아래의 금액을 뇌출혈 및 급성심근경색증 수술보험금으로 지급합니다.

1. 최초계약

<뇌출혈 및 급성심근경색증 수술보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 100만원 기준>

구분	뇌출혈 및 급성심근경색증 수술보험금	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」으로 수술시	50만원	100만원

2. 갱신계약

<뇌출혈 및 급성심근경색증 수술보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 100만원 기준>

구분	뇌출혈 및 급성심근경색증 수술보험금
「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」으로 수술시	100만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈(【별표16】 뇌출혈 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출

전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 급성심근경색증, 후속근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증으로 분류되는 질병(【별표17】 급성심근경색증 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

제6조(특별약관의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.)에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 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 책임준비금 산출방법서’에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급) 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항은 제외합니다.

뇌출혈 및 급성심근경색증 입원보장(4일이상 120일한도) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」으로 진단 확정되고, 그 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일을 초과한 입원 1일에 대하여 보험수익자에게 아래의 금액을 뇌출혈 및 급성심근경색증 입원급여금으로 지급하여 드립니다.

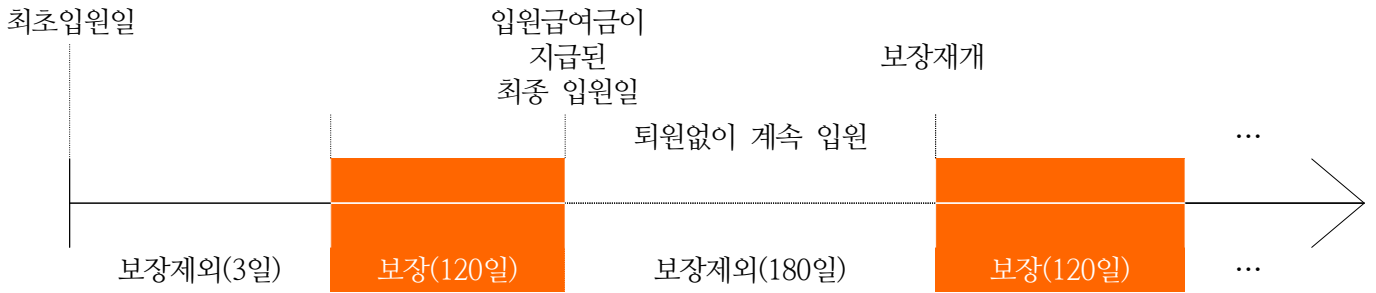
구분	지급금액	
뇌출혈 및 급성심근경색증 입원급여금	「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받을 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(120일 한도)

- ② 제1항의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 피보험자가 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 규정에 따라 뇌출혈 및 급성심근경색증 입원급여금을 계속 보상하여 드립니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌출혈 및 급성심근경색증 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈(【별표16】 뇌출혈 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 급성심근경색증, 후속 근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증으로 분류되는 질병(【별표17】 급성심근경색증 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에 있어 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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. 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.)에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 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 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급) 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항은 제외합니다.

뇌출혈 및 급성심근경색증 중환자실 입원일당보장(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

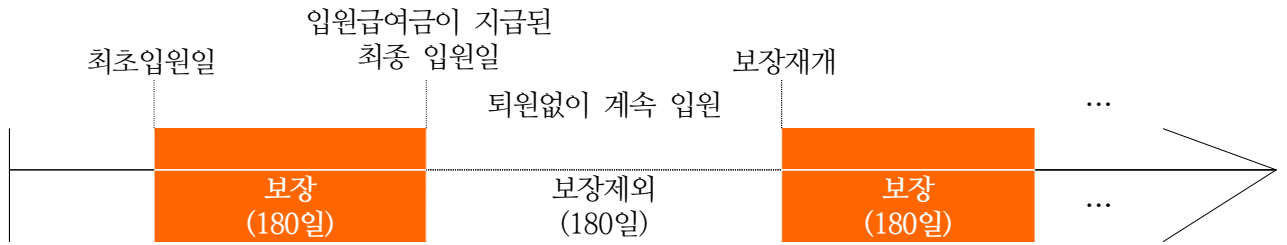
- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」으로 진단 확정되고, 그 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 뇌출혈 및 급성심근경색증 중환자실입원일당으로 지급하여 드립니다. 다만, 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분		지급금액
뇌출혈 및 급성심근경색증 중환자실입원급여금	「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」으로 1일이상 중환자실에 계속입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(180일 한도)

- ② 제1항의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부턴 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 피보험자가 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 규정에 따라 뇌출혈 및 급성심근경색증 중환자실입원일당을 계속 보상하여 드립니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌출혈 및 급성심근경색증 중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈(【별표16】 뇌출혈 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 급성심근경색증, 후속 근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증으로 분류되는 질병(【별표17】 급성심근경색증 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(중환자실의 정의)

이 특별약관에서 「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실(【별표18】 「의료기관의 시설규격」 참조)을 말합니다.

【의료법 시행규칙 [별표 4.] 의료기관의 시설규격】에 따른 중환자실 요건

- 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함
- 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함
- 병상 1개당 면적은 10㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)
- 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기 등 구비
- 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스트포함), 심전도기록기 등 구비

- 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)
- 전담간호사를 두어야 함

제6조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 중환자실에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 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. 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제8조(특별약관의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.)에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 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 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

3대질병 한방비용보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래의 금액을 3대질병 한방비용보장보험금으로 지급합니다.

- 1. 보험기간 중 피보험자가 제14조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일 이후에 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정을 받은 후 그 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액 지급(단, 최초의 「일반암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」에 대하여 이 특별약관의 보장기간(최초

및 갱신계약의 보험기간을 포함) 중 발생한 각 지급사유별 첩약(최대 3회한), 약침(최대 5회한), 한방 특정물리요법(최대 5회한)에 한하여 지급

<보험가입금액 100만원 기준>

사고구분	암 한방비용보장보험금		
	첩약	약침	한방 특정물리요법
일반암	1회당 100만원	1회당 10만원	1회당 10만원
기타피부암	1회당 50만원	1회당 5만원	1회당 5만원
갑상선암			
제자리암			
경계성종양			

2. 보험기간 중 피보험자가 「뇌출혈」로 진단 확정을 받은 후 그 「뇌출혈」의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액 지급(단, 최초의 「뇌출혈」에 대하여 이 특별약관의 보장기간(최초 및 갱신계약의 보험기간을 포함) 중 발생한 첩약(최대 3회한), 약침(최대 5회한), 한방 특정물리요법(최대 5회한)에 한하여 지급)

<보험가입금액 100만원 기준>

사고구분	뇌출혈 한방비용보장보험금		
	첩약	약침	한방 특정물리요법
뇌출혈	1회당 100만원	1회당 10만원	1회당 10만원

3. 보험기간 중 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단 확정을 받은 후 그 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액 지급(단, 최초의 「급성심근경색증」에 대하여 이 특별약관의 보장기간(최초 및 갱신계약의 보험기간을 포함) 중 발생한 첩약(최대 3회한), 약침(최대 5회한), 한방 특정물리요법(최대 5회한)에 한하여 지급)

<보험가입금액 100만원 기준>

사고구분	급성심근경색증 한방비용보장보험금		
	첩약	약침	한방 특정물리요법
급성심근경색증	1회당 100만원	1회당 10만원	1회당 10만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표1】악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에 있어서 「일반암」이라 함은 「암」에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 임상학적 진단이 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「암」, 「일반암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(제자리암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표2】제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「제자리신생물」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「제자리신생물」에 대한 임상학적 진단이 「제자리신생물」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「제자리신생물」로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표3】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「경계성종양」에 대한 임상학적 진단이 「경계성종양」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을

증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈(【별표16】 뇌출혈 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제7조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 급성심근경색증, 후속 근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증으로 분류되는 질병(【별표17】 급성심근경색증 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제8조(첩약의 정의)

이 특별약관에 있어서 「첩약」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 ‘한약’ 또는 ‘한약재’ 및 약사법 제2조에서 정한 ‘한약’을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의2 탕전실(【별표19】 의료법 시행규칙 제34조 의료기관의 시설기준 및 규격 참조) 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, ‘건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 별표1 한약제제급여목록표’에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

【한의약육성법 제2조】 제2조(정의)
 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. 한의약이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
3. "한의약기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(한약제제, 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제5호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다)·제조·유통·보관 등 한의약과 관련한 모든 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

【약사법 제2조】 제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1.~4. (생략)

- 5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
- 6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.
(이하 생략)

제9조(약침의 정의)

이 특별약관에 있어서 「약침」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, ‘건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록’에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, ‘건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술’와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

분류코드	코드	분류
허-1	49010	제14장 (한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료) 약침술(藥針術)

제10조(한방 특정물리요법의 정의)

이 특별약관에 있어서 「한방 특정물리요법」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, ‘건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록’에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

분류코드	코드	분류
허-2	49020	제14장 (한방 시술 및 처치료) 제1절 (시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 「첩약」의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. ‘건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 별표1 한약제제급여목록표’에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우
 - 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약
- ② 회사는 「약침」의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술(보건복지부 고시)
 - 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침
- ③ 회사는 「한방 특정물리요법」의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 경피경근온열요법
 - 2. 경피적외선조사요법
 - 3. 경피경근한냉요법

제12조(특별약관의 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. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제14조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」으로 진단확정되어 있는 경우

제13조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 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 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

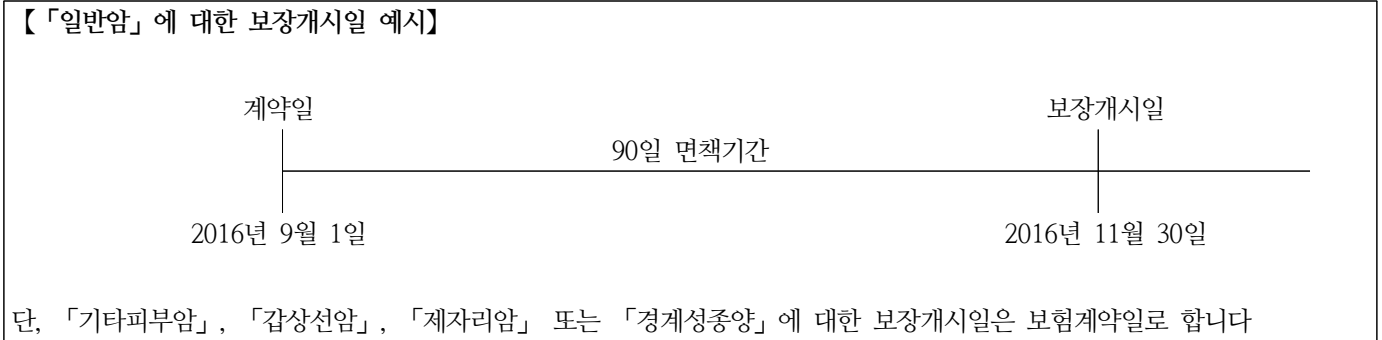
제14조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 보통약관 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「일반암」에 대한 회사의 보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 회사의 보장은 제1항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제8조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로

합니다. 이하 「암보장개시일」 이라 합니다.



제15조(보험료 납입면제)

보험료 납입기간 중 피보험자가 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」으로 진단확정을 받았거나 제14조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일 이후에 「일반암」으로 진단확정을 받았을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제14조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다.) 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다.)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 제1조의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 “특약”)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약(講約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 보험계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 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
- 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(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 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)
- 4. 피보험자의 인감증명서
- 5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- 6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

특정 신체부위 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ④ 보통약관 및 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 보험계약을 무효로 하는 경우에도 이 특별약관 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 신체부위에 질병이 발생한 경우에는 보험계약을 무효로 하지 않습니다.

제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용)

- ① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간중에 (【별표20】 특정 신체부위 분류표)중에서 다음 회사가 지정한 부위(이하 「특정 신체부위」라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다.)을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 진단확정된 질병으로 인하여 사망하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보상합니다.
- ② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정 신체부위의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「보험계약의 보험기간」로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ③ 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 「보험계약의 보험기간」로 적용한 경우 최초 보험계약 청약일부터 5년 이내에 제1항에서 정한 특정부위에 발생한 질병 및 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않으면 계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 보상합니다.
- ④ 제3항의 「보험계약 청약일부터 5년 이내」라 함은 보통약관 제32호(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말하며, 보통약관 제33호(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 합니다.
- ⑤ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 하나의 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 1. 제1항에서 지정한 특정 신체부위에 진단확정된 질병의 합병증으로 인하여 특정 신체부위 이외의 부위에 진단확정된 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 2. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑥ 피보험자가 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생했을 경우, 그 보험금 지급사유가 특정 신체부위에 직접적인 원인으로 발생한 보험금 지급사유인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑧ 제1항의 특정 신체부위를 합하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 준용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

【부표】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보통약관 및 특별약관 보장 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 평균공시이율의 50%(다만, 1%를 최대한도로 한다.)
		1년초과기간 :1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
4. 금리연동형보험의 경우 상기 평균공시이율은 적립순보험료에 대한 적립이율을 말합니다.
5. 가산이율 적용시 제13조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표1】 악성신생물 분류표

약관에서 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술,구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
7. 유방의 악성신생물	C50

8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60~C63
10. 요로의 악성신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표2】 제자리신생물 분류표

약관에서 규정하는 제자리 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡기계통의 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

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표3】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에서 규정하는 경계성 종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표4】 고액치료비암 분류표

약관에서 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
- 호지킨림프종	C81

- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병 [과호산구증후군]	D47.5

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표5】 입술, 구강 및 인두암 분류표

약관에서 규정하는 입술, 구강 및 인두암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표6】 위암 분류표

약관에서 규정하는 위암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 위의 악성 신생물	C16

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표7】 소장암 및 대장암 분류표

약관에서 규정하는 소장암 및 대장암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 소장의 악성 신생물	C17
2. 결장의 악성 신생물	C18
3. 직장구불결장 이행부의 악성 신생물	C19
4. 직장의 악성 신생물	C20

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8】 간암 분류표

약관에서 규정하는 간암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표9】 담낭 및 기타담도암 분류표

약관에서 규정하는 담낭 및 기타담도암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 담낭의 악성 신생물	C23
2. 기타 및 담도의 상세불명 부분의 악성 신생물	C24

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표10】 후두암 및 폐암 분류표

약관에서 규정하는 후두암 및 폐암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 후두의 악성 신생물	C32
2. 기관의 악성 신생물	C33
3. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표11】 심장암 분류표

약관에서 규정하는 심장암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 흉선의 악성 신생물	C37
2. 심장, 종격 및 흉막의 악성신생물	C38

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표12】 신장암 분류표

약관에서 규정하는 신장암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표13】 악성뇌종양 분류표

약관에서 규정하는 악성뇌종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 수막의 악성 신생물	C70
2. 뇌의 악성 신생물	C71
3. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
4. 뇌하수체의 악성 신생물	C75.1
5. 두개인두관의 악성 신생물	C75.2
6. 송과선의 악성 신생물	C75.3

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표14】 기타 뇌종양 분류표

약관에서 규정하는 기타 뇌종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물 및 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D35.2, D44.3
4. 두개인두관의 양성 신생물 및 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D35.3, D44.4
5. 송과선의 양성 신생물 및 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D35.4, D44.5
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표15】 유방절제수술 및 처치 코드

약관에서 규정하는 ‘유방절제수술’은 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 편측단순유방절제술	85.41
2. 양측단순유방절제술	85.42
3. 편측확대유방절제술	85.43
4. 양측확대유방절제술	85.44

5. 편측근치적유방절제술	85.45
6. 양측근치적유방절제술	85.46
7. 편측확대근치적유방절제술	85.47
8. 양측확대근치적유방절제술	85.48

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표16】 뇌출혈 분류표

약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표17】 급성심근경색증 분류표

약관에서 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표18】 의료기관의 시설규격

다음의 시설규격은 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에서 정하는 <별표4>[개정 2015.05.29.]에 따르며, 법령의 변경으로 변경 또는 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

1. 입원실
 - 가. 입원실은 3층 이상 또는 「건축법」 제2조제1항 제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, 「건축법 시행령」 제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
 - 나. 입원실의 면적은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 6.3제곱미터 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 4.3제곱미터 이상으로 하여야 한다.
 - 다. 소아만을 수용하는 입원실의 면적은 위 "나"의 입원실 면적의 3분의 2 이상으로 할 수 있다. 다만, 입원실 한 개의 면적은 6.3제곱미터 이상이어야 한다.
 - 라. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
 - 마. 전염성 질환자의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 전염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.
2. 중환자실
 - 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
 - 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
 - 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
 - 라. 병상 1개당 면적은 10제곱미터 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, 엠부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
 - 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
 - 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

【별표19】 의료법 시행규칙 제34조 의료기관의 시설기준 및 규격

별표3 의료기관의 종류별 시설기준

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원
1~11	(생략)						
11의2. 탕전실	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)			1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	
12~20	(생략)						

별표4 의료기관의 시설규격

1.~11 (생략)

11의2. 탕전실

가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 충족한 것으로 본다.

나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.

다. 한약재 보관시설에는 쥐·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.

라. 작업실에는 수도물이나 「먹는물관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척시설 등을 갖추어야 한다.

마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야 하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.

바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.

사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.

12.~20. (생략)

【별표20】 특정 신체부위 분류표

구분	특정 신체부위
1.	위, 십이지장
2.	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3.	직장
4.	항문
5.	간
6.	담낭(쓸개) 및 담관
7.	췌장
8.	비장
9.	기관지, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
10.	코(외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함)
11.	인두 및 후두 (편도 포함)
12.	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
13.	귀(외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함)
14.	안구 및 안구부속기 (안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함)
15.	신장
16.	부신
17.	요관, 방광 및 요도
18.	음경
19.	전립선
20.	유방 (유선 포함)
21.	자궁 (자궁체부(자궁몸통) 포함)
22.	난소 및 난관
23.	고환(고환초막(고환집막) 포함) 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
24.	갑상선
25.	경추부 (해당신경 포함)
26.	흉추부 (해당신경 포함)
27.	요추부 (해당신경 포함)
28.	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
29.	왼쪽 어깨
30.	오른쪽 어깨
31.	왼쪽 고관절
32.	오른쪽 고관절
33.	왼팔 (왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
34.	오른팔 (오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
35.	왼쪽 다리 (왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
36.	오른쪽 다리 (오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
37.	자궁체부(자궁몸통) (제왕절개술을 받은 경우에 한함)
38.	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴경우에 한함)
39.	식도
40.	대장(맹장, 직장 제외)
41.	피부(두피 및 입술 포함)
42.	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
43.	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
44.	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
45.	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
46.	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
47.	부갑상선
48.	질 및 외음부
49.	쇄골
50.	늑골(갈비뼈)