

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상 해 관 련 보 장	상해로 '상해 특정급여시술치료(흡인, 천자, 절개, 배액, 배농)' 을 받은 경우	보장가입금액 (연간1회한)
	상해로 '상해 특정급여시술치료(신경차단술)' 을 받은 경우	보장가입금액 (연간1회한)
	상해로 '상해 특정급여시술치료(화상)' 을 받은 경우	보장가입금액 (연간1회한)
	상해로 '상해 특정급여시술치료(도수정복술)' 을 받은 경우	보장가입금액 (연간1회한)
	상해로 '상해 특정급여시술치료(단순창상봉합술)' 을 받은 경우	보장가입금액 (연간1회한)
	상해로 '상해 특정급여시술치료(기타시술)' 을 받은 경우	보장가입금액 (연간1회한)
	8대중대질환 응급실내원진료비 (응급, 연간1회한)	'8대중대질환'으로 인해 '응급환자'로 '응급실'에 내원하여 진료받은 경우 특약가입금액 (연간 1회한)
	상해입원수술 II (당일입원제외, 경증 상해제외), 상해입원수술 II (당일입원제외, 경증 상해제외)(갱신형)	상해(경증상해제외)로 2일이상 입원하여 수술을 받은 경우 특약가입금액 (1사고당)
	상해통원수술 II (당일입원포함, 경증 상해제외), 상해통원수술 II (당일입원포함, 경증 상해제외)(갱신형)	상해(경증상해제외)로 통원(당일 입원 포함)하여 수술을 받은 경우 특약가입금액 (1사고당)
상해수술 II(상급종 합병원, 경증상해제 외)	상해(경증상해제외)로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우	특약가입금액 (1사고당)

구 分	지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	특정암진단	특정암으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	다발성소아암진단	다발성 소아암으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	소아백혈병진단	소아백혈병으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	재진단암진단 II	재진단암 보장개시일 이후 재진단암 (기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단 확정된 경우 특약가입금액
	뇌졸중진단	뇌졸중으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	신생아뇌출혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액의 20% (최초 1회한)
	뇌혈관질환진단 뇌혈관질환진단 (30세만기)	뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	신생아뇌출혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액의 20% (최초 1회한)
	뇌혈관질환진단 (갱신형)	뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	신생아뇌출혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액의 20% (최초 1회한)
뇌혈관질환(I)진단 뇌혈관질환(I)진단(30세만기)	뇌혈관질환(I)으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)	특약가입금액 (최초 1회한)
뇌혈관질환(II)진단 뇌혈관질환(II)진단(30세만기)	뇌혈관질환(II)으로 진단 확정된 경우 신생아뇌출혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한) 특약가입금액의 20% (최초 1회한)
뇌전증진단	뇌전증으로 진단 확정된 경우 '신생아경련'으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한) 특약가입금액의 20% (최초 1회한)

상품
안내

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액	구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	질병후유장해, 질병후유장해(80세보험기 간연장형), 질병후유장해(갱신형) 질병후유장해(30세만기)	질병으로 장해지급률이 3% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	특약가입금액 × 후유장해지급률	암주요 치료비 II (연간1 회한, 진단후 5년)	'암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간)
	질병후유장해 (80%이상)	질병으로 80%이상 후유장해시	특약가입금액 (최초 1회한)		이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대5회 지급)
	질병후유장해 (50%이상)	질병으로 50%이상 후유장해시	특약가입금액 (최초 1회한)	기타피부암 및 갑상선암치 료급여금	기타피부암 또는 갑상선암으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간)
	암진단II(유사암제외), 암진단II(유사암제외) (80세보험기간연장형), 암진단II(유사암제외) (갱신형), 암진단II(유사암제외)(30 세만기)	'암' ('유사암' 제외)으로 진 단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)		이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대5회 지급)
	암진단II (소액암및유사암제외)	'암' ('소액암' , '유사암' 제외)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)	암주요 치료비 II (연간1 회한, 진단후 10년)	'암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간)
	유사암진단II 유사암진단II (80세보험기간연장형) 유사암진단II(갱신형) 유사암진단II(30세만기)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (각각 최초 1회한)		이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대10회 지급)

제12조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

2-63-2. 항암약물치료(치료당, 진단후 10년) (기타피부암 및 갑상선암)보장 항암약물치료(치료당, 진단후 10년) (기타피부암 및 갑상선암)[맞춤고지 II]보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 ‘항암약물치료(주사제)’를 받은 경우에는 아래의 금액을 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다

보험금의 종류	지급금액
기타피부암 및 갑상선암의 항암약물치료보험금 (주사제)	‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 ‘항암약물치료(주사제)’를 받은 경우 (단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)

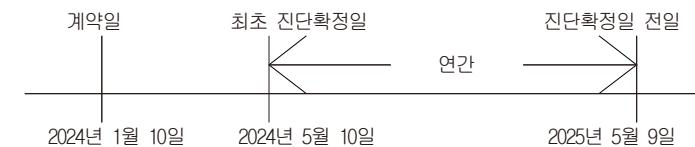
- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암약물치료(주사제 외)’를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다

보험금의 종류	지급금액
기타피부암 및 갑상선암의 항암약물치료보험금 (주사제 외)	‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 ‘항암약물치료(주사제 외)’를 받은 경우 (단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)

- ③ 제1항 및 제2항에서 ‘보험금 지급기간’ 이라 함은 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며 항암약물치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
④ 제2항에서 연간이라 함은 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’ 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 매년 진단확정일이라 합니다.)의 전일 까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말 일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



제2조 (기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘기타피부암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
② 이 보장에서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
④ 제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선

암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

<‘제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때’ 예시>

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

【 유의사항 】

한국표준질병인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 원치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 제3항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제3조 (입원 등의 정의와 장소)

- ① 이 보장에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면

허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 암의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

<입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우>

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기간은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

- ② 이 보장에서 ‘통원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 암의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (항암약물치료 등의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘주사제’라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 복부 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일 수 및 항암약물치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조(항암약물치료 등의 정의)의 항암약물치료에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 항암약물치료보험금을

보장합니다.

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

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- 이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항에 따라 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제26조를 따릅니다.
② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 보장보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.
③ 제1항에도 불구하고 3종(해악환급금 미지급형Ⅰ) 보장 특약의 경우, 제2항에 따라 차회 이후 보험료를 납입하지 않는 사유가 발생한 이후 해지하는 경우에는 보통약관 제39조(해악환급금)에도 불구하고 2종(납입면제형) 해악환급금과 동일한 금액을 지급합니다.

제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해악환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
② 제1항 및 제7조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제10조(중도인출금) 및 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

2-64 항암약물치료(치료당, 진단후 10년)(갱신형)보장 특별약관 / 항암약물치료(치료당, 진단후 10년)[맞춤고지Ⅱ](갱신형)보장 특별약관

항암약물치료(치료당, 진단후 10년)(갱신형), 항암약물치료(치료당, 진단후 10년)[맞춤고지Ⅱ](갱신형)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.

- 항암약물치료(치료당, 진단후 10년)(기타피부암 및 갑상선암제외)보장 (*갱신형, 맞춤고지Ⅱ 포함)
- 항암약물치료(치료당, 진단후 10년)(기타피부암 및 갑상선암)보장 (*갱신형, 맞춤고지Ⅱ 포함)

2-64-1. 항암약물치료(치료당, 진단후 10년)

(기타피부암 및 갑상선암제외)(갱신형)보장

항암약물치료(치료당, 진단후 10년)

(기타피부암 및 갑상선암제외)[맞춤고지Ⅱ](갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암' ('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정되고, '보험금 지급기간' 이내에 그 '암' ('기타피부암', '갑상선암' 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류	지급금액
항암약물치료보험금 ('기타피부암', '갑상선암' 제외) 으로 항암약물치료(주사제) '갑상선암' 제외)(주사제)	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 (단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)

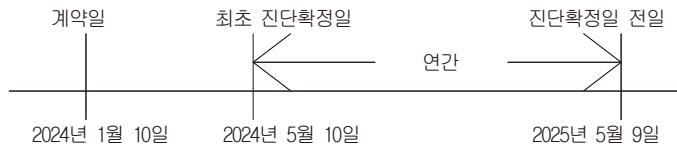
- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암' ('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정되고, '보험금 지급기간' 이내에 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
항암약물치료보험금 (기타피부암, 갑상선암 제외)(주사제외)	‘암(기타피부암, 갑상선암제외)’으로 ‘항암약물치료(주사제 외)’를 받은 경우 (단, 최초진단확정일로부터 최대10년간)	이 보장 보험가입금액의 100% 해당액

- ③ 제1항 및 제2항에서 ‘보험금 지급 기간’ 이라 함은 그 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외) 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며 항암약물치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제2항에서 연간이라 함은 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외) 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외) 진단확정일(이하 매년 진단확정일이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



【 유의사항 】

‘암의 진단확정’ 이라 함은 보장개시일 이후 최초로 진단확정된 암을 의미하며, 보험계약일 이전에 진단받은 암이 완치되기 전에 다시 진단받는 경우 등은 포함되지 않습니다.

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 ‘암’ 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 보장에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세

바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때’ 예시>

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

- ⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하여, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 램프절 전이로 인해 램프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조 (입원 등의 정의와 장소)

- ① 이 보장에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

- ② 이 보장에서 ‘통원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (항암약물치료 등의 정의)

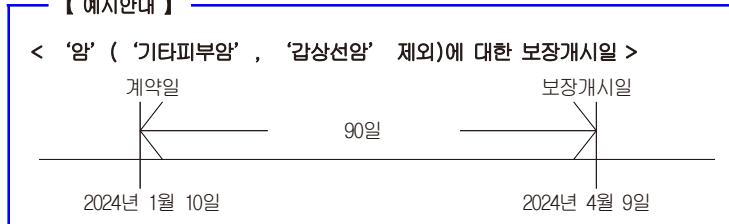
- ① 이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.
- ② 이 보장에서 ‘주사제’라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일 수 및 항암약물치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조(항암약물치료 등의 정의)의 항암약물치료에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 보통약관 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘암’(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >



- ⑤ 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 '암' ('유사암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
 - ⑥ 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지 계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' ('기타 피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
 - ⑦ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '암' ('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간' 이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 항암약물치료 보험금을 보장합니다.
 - ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (보장의 무효)

보통약관 제26조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터
‘암’(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’(‘기타
피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확인된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한
이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았
거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의
다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한
금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항에 따라 '암' ('기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보험금

지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장을 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

- ① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통악관 제26조를 따릅니다.
 - ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 보장보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.
 - ③ 제1항에도 불구하고 3종(해약환급금 미지급형Ⅰ) 보장 특약의 경우, 제2항에 따라 차회 이후 보험료를 납입하지 않는 사유가 발생한 이후 해지하는 경우에는 보통악관 제39조(해약환급금)에도 불구하고 2종(납입면제형) 해약환급금과 동일한 금액을 지급합니다.

제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
 - ② 제1항 및 제8조(보장의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (보장의 자동갱신)

- ① 이 보장을 갱신형으로 가입한 경우 갱신형 특별약관의 자동갱신 제도특별약관에 따라 갱신됩니다.
 - ② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항에서 정한 ‘암’(‘기타 피본인’·‘간암선희’ 제외)으로 치온 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 분할(후련회불))

- ① 보통약관 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 보장이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보장의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제18조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제20조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제21조(사기애에 의한 계약), 보통약관 제22조(계약의 성립) 및 보통약관 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.