

[특정항암호르몬약물허가치료 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
특정항암 호르몬약물 허가치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. “기타피부암” 및 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “특정항암호르몬약물 허가치료”를 받았을 때는 상기 보험금 지급사유에 해당하지 않습니다.
2. “특정항암호르몬약물허가치료급여금”은 “특정항암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다.)’으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
3. “특정항암호르몬약물허가치료를 받았을 때”는 “특정항암호르몬치료제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의7(“특정항암호르몬치료제” 및 “특정항암호르몬약물허가치료”의 정의)에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[갑상선암수술후항암호르몬약물허가치료 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
갑상선암 수술후 항암호르몬 약물허가치 료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “갑상선암”으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 갑상선암 수술 후 “갑상선암수술후항암호르몬약물허가치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. “갑상선암수술후항암호르몬약물허가치료급여금”은 “갑상선암수술후항암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법 (다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
2. “갑상선암수술후항암호르몬약물허가치료를 받았을 때”는 “갑상선암수술후항암호르몬치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의8(“갑상선암수술후항암호르몬치료제” 및 “갑상선암수술후항암호르몬약물허가치료”의 정의)에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

부표2-2 | 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외)



별첨2 [표 5-1] 참조

부표2-3 | 특정항암호르몬치료제 해당
의약품명 및 성분명 분류표



별첨2 [표 111] 참조

부표2-4 | 갑상선암수술후항암호르몬치료제
해당 의약품명 및 성분명 분류표



별첨2 [표 112] 참조

(간편)급여암특정재활치료특약 (무배당, 갱신형)



약 관 목 차

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 참조

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

- 제2-1조 특약의 보장개시
- 제2-1조의2 특약의 보험기간 및 갱신
- 제2-1조의3 “암” 등의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의4 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의5 “비침습방광암”의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의6 “급여암특정재활치료(기본물리치료)”의 정의
- 제2-1조의7 “급여암특정재활치료(단순재활치료)”의 정의
- 제2-1조의8 “급여암특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”의 정의

제2관 보험금의 지급

- 제2-2조 보험금의 지급사유
- 제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제2-5조 사고증명서
- 제2-6조 보험금 받는 방법의 변경
- 제2-7조 보험수익자의 지정

제3관 특약의 성립과 유지

- 제2-8조 특약내용의 변경 등
- 제2-8조의2 법령 등의 개정 등에 따른 특약 내용의 변경
- 제2-9조 특약의 소멸
- 제2-9조의2 “특약의 무효”에 대한 특칙

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-10조 계약자의 임의해지

제2-11조 해약환급금

제5관 기타사항

제2-12조 주계약 약관 규정의 준용

[부표2-1] 보험금 지급기준표

[부표2-2] 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암, 대장점막 내암 및 비침습방광암 제외)

(간편)급여암특정재활치료특약 (무배당, 갱신형)

- ※ 이 특약은 계약자의 선택에 의해 해당 보험료를 납입함으로써 보장이 가능합니다.
- ※ 계약자가 가입한 보험종목에 따라 특약 명칭은 다음과 같이 변경됩니다.
 - 일반심사형의 경우: “(간편)” 부분이 없습니다.
- ※ “간편심사형”과 “일반심사형” 모두 이 약관을 적용합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-13조까지를 이 특약 “제1편 일반사항”으로 합니다.

※ [특약 약관] “제1편 일반사항”의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

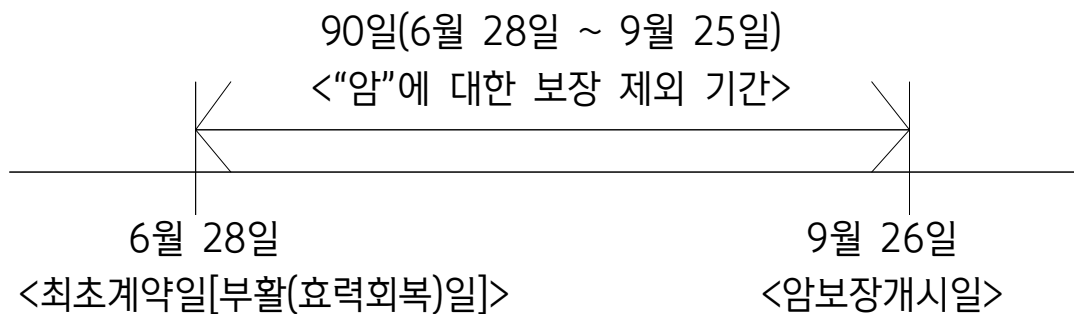
제1관 용어의 정의 등

제2-1조 특약의 보장개시

- ① 회사는 이 특약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1-13조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우 이 특약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 암보장개시일은 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”의 보장이 개시되는 날로, 최초 계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이

지난날의 다음 날로 합니다.

“암보장개시일” 예시



제2-1조의2 특약의 보험기간 및 갱신

- ① 이 특약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 제2항에 따라 이 특약이 갱신된 경우 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.
- ② 제1-9조(특약의 성립)에도 불구하고 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ③ 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간(다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간으로 하며, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다) 만료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ④ 제2항에 따라 갱신된 특약에 대해서는 갱신 전 특약의 약관을 준용합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험

- 기간 만료일과 같은 경우
2. 제2-9조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
 3. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑥ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신 시점의 나이 및 보험료 산출에 관한 기초율을 적용하여 계산하므로 변동될 수 있습니다.
- ⑦ 회사는 갱신계약의 변경내용 및 보험료 등을 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑧ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

계약자적립액

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

보험료 및 해약환급금 산출방법서

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율^(※)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

(※) 산출기초율 : 계약체결비용, 계약관리비용, 이율 및 위험률 등

제2-1조의3 “암” 등의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 <부표2-2> “대상이 되는 악성신생물(암)분류표(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외)”에 해당하는 항목을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
1. 분류코드 C44[기타피부의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병
 2. 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병
 3. 제2-1조의4(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막

내암

4. 제2-1조의5(“비침습방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 비침습방광암
 5. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타피부의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사 의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[다만, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

암

악성신생물(암)에서 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암을 제외한 암

유의사항

한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]에 해당하는 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위) 일차성 악성신생물(암)을 기준으로 이 약관에서 정한 바에 따라 보장여부 및 보험금 지급액을 결정합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시

- C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
- C50[유방의 악성신생물(암)]이 폐로 전이되어 C78.0[폐의 이차성 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C50[유방의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
- C16[위의 악성신생물(암)]이 뇌로 전이되어 C79.3[뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C16[위의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.

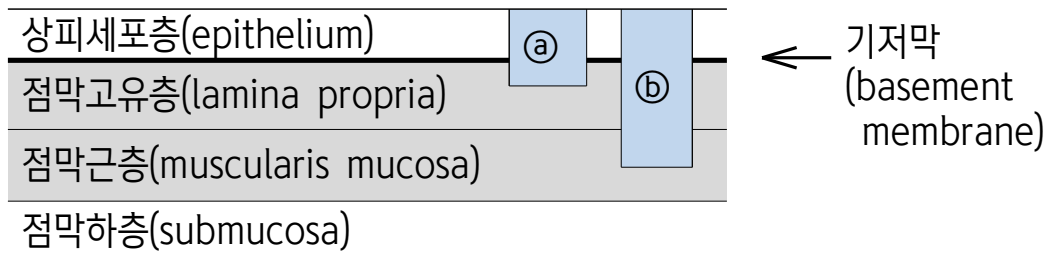
제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

제2-1조의4 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18 ~ C20)에 해당하는 질병 중에서 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

[대장점막내암 예시]



■ 악성종양세포 침범깊이

- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ② “대장점막내암”의 진단확정은 병리와 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시


- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제2-1조의5 “비침습방광암”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “비침습방광암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 방광의 악성신생물(암)(C67)에 해당하는 질병 중에서 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습유두암

(papillary carcinoma) 상태로 “AJCC 암병기설정매뉴얼 [AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제 8판”에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

[비침습방광암 예시]

이행상피세포층(transitional epithelium) ] 점막층
고유층(lamina propria)	
점막하층(submucosa)	
근육층(muscle)	

 악성종양세포 침범깊이

① 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습방광암”의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습방광암”의 진단확정은 병리와 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 “비침습방광암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제2-1조의6 “급여암특정재활치료(기본물리치료)”의 정의

- ① 이 특약에 있어서 “급여암특정재활치료(기본물리치료)”라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 아래 “급여암특정재활치료(기본물리치료) 분류표”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법에서 정한 요양급여」 또는 「의료급여법에서 정한 의료급여」 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “급여암특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

<급여암특정재활치료(기본물리치료) 분류표>

급여암특정재활치료(기본물리치료)로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2023-28호, 2023.3.1. 시행)」에서 정한 분류번호 및 수가코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

의 료 행 위 명 칭	수가코드
단순운동치료[1일당]	MM101

- ② 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여암특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”이 폐지 또는 변경되는 경우에는 보험금 지급사유 발생시점의 관련법령에 따른 “급여암특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”을 적용합니다. 다만, 관련법령의 개정으로 “급여암특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여암특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”을 따릅니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 진료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 “급여암특정재활치료(기본물리치료)” 진료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제2-1조의7 “급여암특정재활치료(단순재활치료)”의 정의

- ① 이 특약에 있어서 “급여암특정재활치료(단순재활치료)”라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여