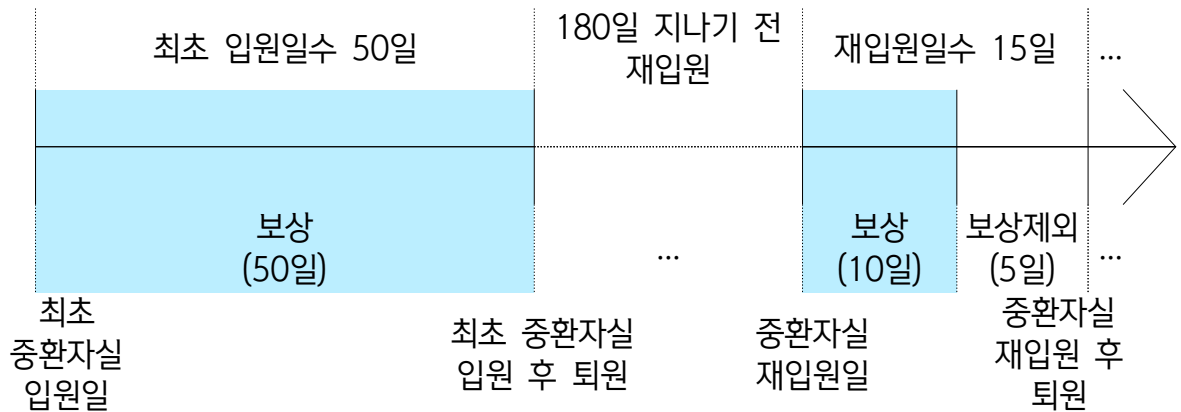


[“계속적인 입원” 및 “새로운 입원”의 중환자실 입원일수 계산 예시]

<사례 1>

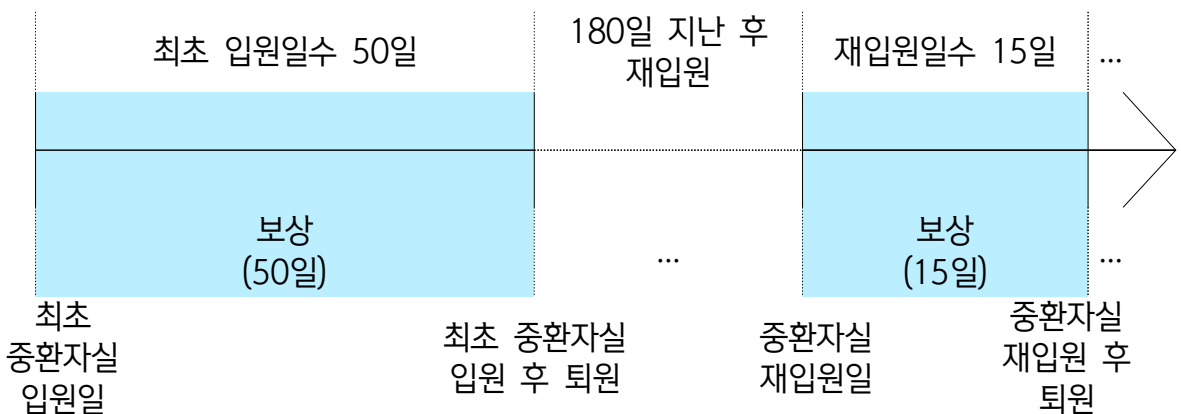
동일한 질병 또는 재해로 인하여 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나기 전에 다시 개시한 입원의 경우 “계속적인 입원”에 해당하며, 동일한 「1회 입원」으로 보아 입원일수를 계산합니다.



$$\Rightarrow \text{중환자실 입원급여금 지급대상 입원일수} = (50\text{일} + 15\text{일}) - 5\text{일} \\ = 60\text{일}(60\text{일 한도 적용})$$

<사례 2>

동일한 질병 또는 재해로 인하여 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 다시 개시한 입원의 경우 “새로운 입원”에 해당하며, 새로운 입원으로 보아 입원일수를 계산합니다.



$$\Rightarrow \text{중환자실 입원급여금 지급대상 입원일수} = 50\text{일} + 15\text{일} = 65\text{일}$$

- ⑨ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 지급사유에 해당하는 입원기간 중 특약 보험기간이 만료되었을 때에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제6항 및 제7항에 따라 계속 중환자실 입원급여금을 지급합니다.
- ⑩ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

- ⑪ 제10항에도 불구하고 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인한 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑫ 피보험자가 “중환자실 이외의 병실”에 입원하여 치료를 받던 중 제2-1조의3(“중환자실 입원”의 정의와 장소)에서 정한 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 포함하여 중환자실 입원일부터 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 “중환자실 입원급여금”을 지급합니다.
- ⑬ 피보험자가 제2-1조의3(“중환자실 입원”의 정의와 장소)에서 정한 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 “중환자실 이외의 병실”로 이전한 경우 중환자실의 퇴실일까지 제6항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 “중환자실 입원급여금”을 지급합니다.
- ⑭ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

심신상실

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

제2-5조 사고증명서

- ① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 입원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-6조 보험금 받는 방법의 변경

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-7조 보험수익자의 지정

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

법정상속인

법정상속인은 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속 순서에 따라 상속받는 자

민법 제 1000조(상속의 순위)

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 1. 피상속인의 직계비속
 2. 피상속인의 직계존속
 3. 피상속인의 형제자매
 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선�순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

민법 제 1001조(대습상속)

전조 제1항 제1호와 제3호의 규정에 의하여 상속인이 될 직계비속 또는 형제자매가 상속개시전에 사망하거나 결격자가 된 경우에 그 직계비속이 있는 때에는 그 직계비속이 사망하거나 결격된 자의 순위에 갈음하여 상속인이 된다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

민법 제 1003조(배우자의 상속순위)

- ① 피상속인의 배우자는 제1000조 제1항 제1호와 제2호의 규정에 의한 상속인이 있는 경우에는 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.
- ② 제1001조의 경우에 상속개시전에 사망 또는 결격된 자의 배우자는 동조의 규정에 의한 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제3관 특약의 성립과 유지

제2-8조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-11조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 지급하는 해약환급금이 없을 수도 있으며, 감액 이후 보험금 및 해약환급금은 최초 가입 당시에 안내한 금액보다 적을 수 있습니다.

감액처리에 대한 설명

[감액]

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.)

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

[보험가입금액을 감액할 때의 해약환급금 지급 예시]

보험가입금액을 감액할 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있는 경우 아래 예시와 같이 해약환급금을 지급합니다.

구 분	감액전	감액후
보험가입금액	1,000만원	500만원
감액시점의 해약환급금	400만원	200만원
감액할 때 지급금액	200만원 (= 400만원 - 200만원)	

제2-8조의2 법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법령이 개정된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 보험금 지급사유에 해당하는 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경

영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

- ③ 회사는 제2항에 따라 변경사항을 안내할 경우 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내용, 보험료 변경내용, 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 안내합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 바에 따라 특약내용 변경시점의 이 특약의 계약자 적립액을 지급하고, 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2-9조 특약의 소멸

- ① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.
다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우
- ② 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 이 특약은 그때부터 효력이

없습니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-5조(보험금 등의 청구)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-6조(보험금 등의 지급절차)를 따릅니다. 다만, 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 제1항 제2호 및 제2항의 “사망”에는 특약보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

민법 제27조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 「연명의료중단등결정 및 그 이행」과 관계없이 지급금은 제2항에 해당하는 경우 해당 조항에 따라 지급합니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-10조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-11조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제2-11조 해약환급금

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <부표1-1>“보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-12조 주계약 약관 규정의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.



구분	지급사유	지급금액
중환자실 입원급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 “중환자실”에 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 60일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)

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

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “간편심사형”의 경우 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
3. “중환자실 입원급여금”의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 최고한도로 하여 계산합니다.
4. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”(〈부표2-2〉 참조)에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

부표2-2 |

질병 및 재해 분류표



별첨2 [표 4] 참조

부표2-3 | 의료기관의 시설규격(중환자실)



별첨2 [표 57] 참조

(간편)암주요치료특약 (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 “수술”의 정의와 장소
- 제2-1조의7 “항암약물치료”의 정의
- 제2-1조의8 “항암방사선치료”의 정의
- 제2-1조의9 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료” 및 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”의 정의
- 제2-1조의10 보장계약 등의 정의

제2관 보험금의 지급

- 제2-2조 보험금의 지급사유
- 제2-2조의2 보험료 납입면제사유
- 제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제2-3조의2 보험료 납입면제에 관한 세부규정
- 제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제2-4조의2 보험료 납입을 면제하지 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 “보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 대한 특칙

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)암주요치료특약 (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.
- ※ 이 특약은 제2-1조의10(보장계약 등의 정의)에서 정한 총 2개의 보장계약으로 구성되어 있으며, 특약보험기간 중 소멸사유가 발생한 보장계약은 해당 사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 소멸된 보장계약을 제외한 나머지 보장계약에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

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

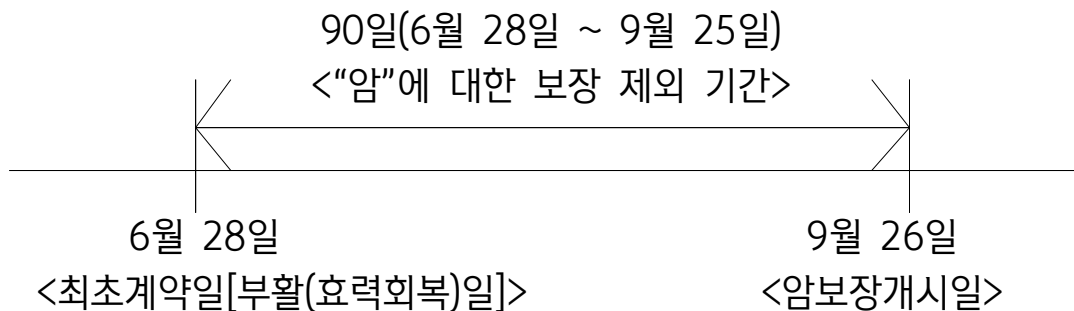
제1관 용어의 정의 등

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)] 및 제2-8조의2[“보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 대한 특칙]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 갱신전 특약의 약관을 준용하며, 갱신 시점의 유효한 보장계약을 동시에 갱신하여야 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 제2-2조(보험금의 지급사유) [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]에서 피보험자가 특약보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 최초 진단확정된 경우 [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]을 갱신할 수 없습니다.
- ⑥ 제2항에도 불구하고 제2-2조(보험금의 지급사유) [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]에서 피보험자가 특약보험기간 중 보장개시일 이후에 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우 [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]을 갱신할 수 없습니다.
- ⑦ 제2항에도 불구하고 제2-9조(특약의 소멸) 제1항에서 정한 보장계약별 소멸 사유에 따라 소멸된 보장계약은 갱신할 수 없습니다.
- ⑧ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 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
- ⑨ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신 시점의 나이 및 보험료 산출에 관한 기초율을 적용하여 계산하므로 변동될 수 있습니다.
- ⑩ 회사는 갱신계약의 변경내용 및 보험료 등을 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑪ 갱신계약의 각 보장계약의 보험가입금액은 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 대장점막내암
 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.

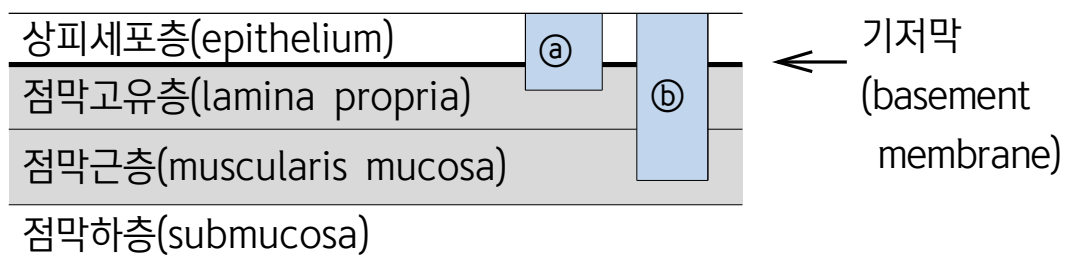
제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시

- 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] 제8판”에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

[비침습방광암 예시]

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

 악성종양세포 침범깊이

② 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 “수술”의 정의와 장소

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 또는 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다.

다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 “수술”에서 제외됩니다.

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

- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의7(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 “항암약물치료”와 제2-1조의8(“항암방사선치료”의 정의)에서 정한 “항암방사선치료”는 제외합니다.

제2-1조의7 “항암약물치료”의 정의

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정(<별첨1> 참조)한 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 또는 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물치료는 제외됩니다.

제2-1조의8 “항암방사선치료”의 정의

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 또는 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2-1조의9 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료” 및 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”의 정의

- ① 이 특약에 있어서 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”라 함은 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」을 제거하거나 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로

- 제2-1조의6(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
2. 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의7(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 항암약물치료 또는 제2-1조의8(“항암방사선치료”의 정의)에서 정한 항암방사선치료를 받은 경우
 3. 제1항 제1호 및 제2호에도 불구하고, 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기환자에 대한 호스피스·완화의료 치료는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”로 봅니다.
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”라 함은 「기타피부암 또는 갑상선암」을 제거하거나 「기타피부암 또는 갑상선암」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의6(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
 2. 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의7(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 항암약물치료 또는 제2-1조의8(“항암방사선치료”의 정의)에서 정한 항암방사선치료를 받은 경우
 3. 제2항 제1호 및 제2호에도 불구하고, 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기환자에 대한 호스피스·완화의료 치료는 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”로 봅니다.
- ③ “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료” 및 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 또는 「기타피부암 또는 갑상선암」의 제거 또는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 또는 「기타피부암 또는 갑상선암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 또는 「기타피부암 또는 갑상선암」이나 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 또는 「기타피부암

- 또는 갑상선암」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료” 및 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호

3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제2-1조의10 보장계약 등의 정의

이 특약은 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보장종류에 따라 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약”, “기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약”으로 이루어집니다. 계약자는 각 보장계약을 동시에 체결하여야 하며, 각 보장계약의 보험가입금액은 별도로 설정할 수 있습니다. (이하 각 보장계약을 합하여 “특약”이라 합니다)

1. 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약 : 특약보험기간 중 피보험자가 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금을 보장받기 위한 계약
2. 기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약 : 특약보험기간 중 피보험자가 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암 및 갑상선암 주요치료급여금을 보장받기 위한 계약

※ 각 보장계약별 보장내용, 유지, 갱신여부 등이 다르므로 각 조항을 꼭 확인하시기 바랍니다.

제2관 보험금의 지급

제2-2조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<부표2-1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

[암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]

특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 최초 진단확정 되고, “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 이내에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받았을 때 : 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금

[다만, 최초 진단확정일로부터 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 주요치료를 합하여 최대 5년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 5회지급)]

암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금 지급 예시

계약일 : 2024년 1월 3일

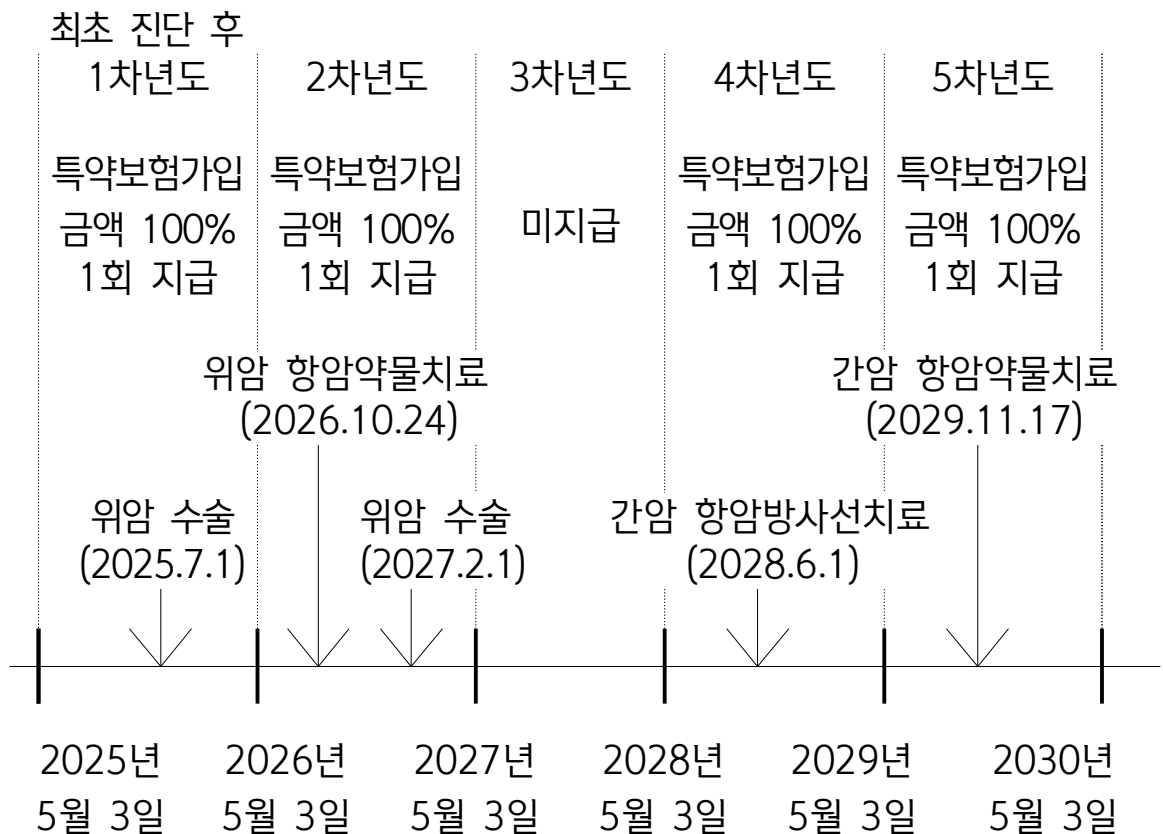
특약보험가입금액 : 1,000만원

위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2025년 5월 3일

간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2028년 5월 21일

- “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 동안의
보험금 지급금액 예시

최초 진단 후 1차년도	최초 진단 후 2차년도	최초 진단 후 3차년도	최초 진단 후 4차년도	최초 진단 후 5차년도
위암(C16) 수술 1,000만원	위암(C16) 항암약물치료 1,000만원	-	간암(C22) 항암방사선치료 1,000만원	간암(C22) 항암약물치료 1,000만원
-	위암(C16) 수술 지급안함	-	-	-



※ 2025년 5월 3일 위의 악성신생물(C16) 최초 진단 이후 위의 악성신생물(C16) 이외의 암, 대장점막내암 및 비침습방광암을 진단받더라도 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”은 2025년 5월 3일로부터 5년입니다.

[기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]

특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되고, “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 이내에 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”를 받았을 때 : 기타피부암 및 갑상선암 주요치료급여금

[다만, 최초 진단확정일로부터 「기타피부암 또는 갑상선암」의 주요치료를 합하여 최대 5년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 5회지급)]

기타피부암 및 갑상선암 주요치료급여금 지급 예시

계약일 : 2024년 1월 3일

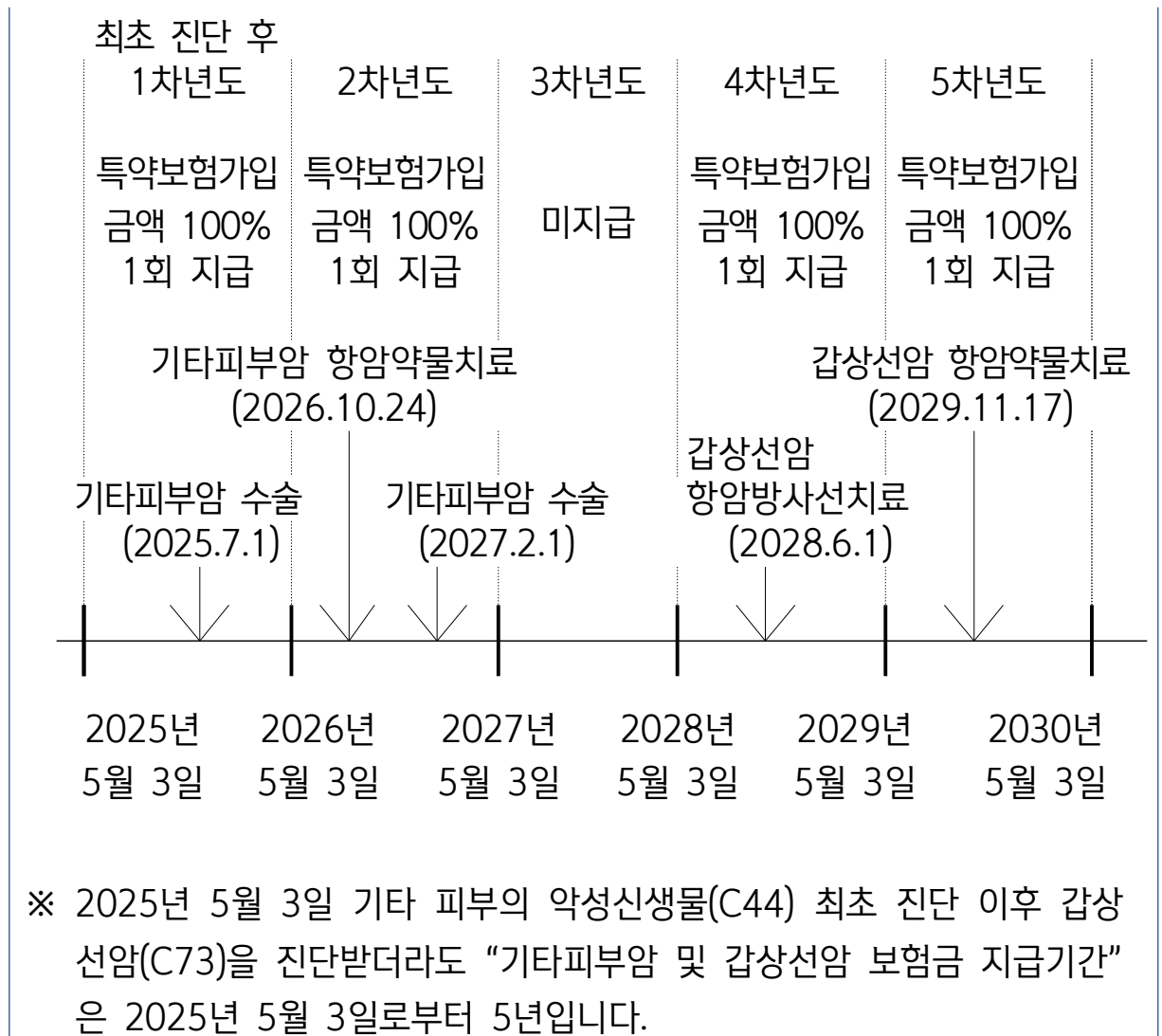
특약보험가입금액 : 200만원

기타 피부의 악성신생물(C44) 최초진단 확정일 : 2025년 5월 3일

갑상선의 악성신생물(C73) 진단 확정일 : 2028년 5월 21일

- “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 동안의 보험금 지급금액 예시

최초 진단 후 1차년도	최초 진단 후 2차년도	최초 진단 후 3차년도	최초 진단 후 4차년도	최초 진단 후 5차년도
기타피부암(C44) 수술 200만원	기타피부암(C44) 항암약물치료 200만원	-	갑상선암(C73) 항암방사선치료 200만원	갑상선암(C73) 항암약물치료 200만원
-	기타피부암(C44) 수술 지급안함	-	-	-



제2-2조의2 보험료 납입면제사유

회사는 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

1. 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우

다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

2. 피보험자가 [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]에서 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후 "암", "대장점막내암" 또는 "비침습방광암"으로 진단확정 되었을 경우

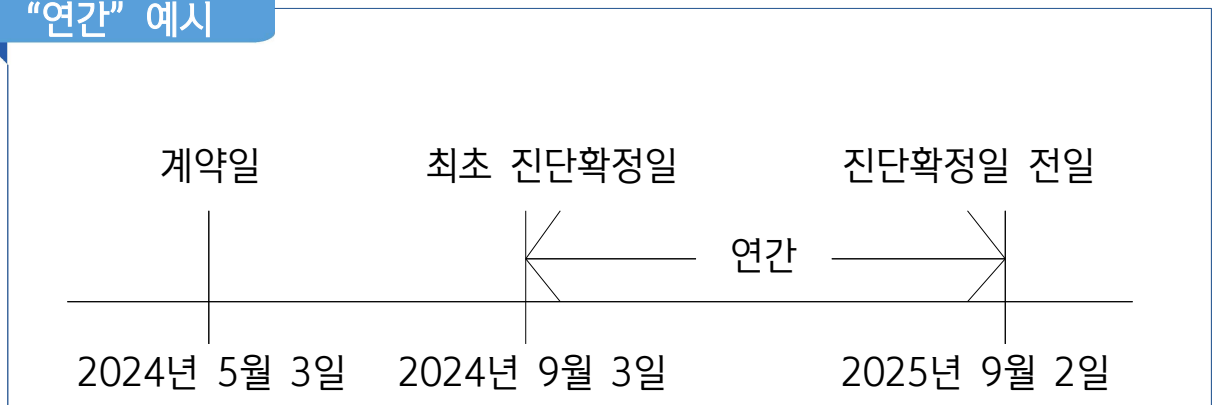
3. 피보험자가 [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]에서 보장개시일 이후 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되었을 경우

제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정

[다음 제1항부터 제5항은 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약에 한합니다.]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유) [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”는 제2-1조의9(“암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료” 및 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”의 정의) 제1항에서 정한 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 진료행위도 포함합니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유) [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]에서 “연간”이라 함은 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 “매년 진단확정일”이라 합니다)의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

“연간” 예시



- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유) [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]에서 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”이라 함은 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 5차년도에 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를

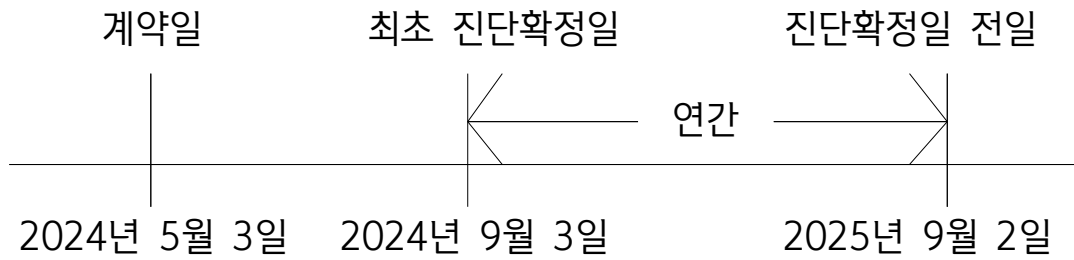
받은 경우에는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”으로 합니다.

- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 최초 진단확정 되고 보험기간이 만료되더라도 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 <부표2-1> “보험금 지급기준표”에서 정한 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금을 보장합니다.
- ⑤ 회사는 피보험자가 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 이내에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의9(“암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료” 및 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”의 정의) 제1항에서 정한 수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 각각 연간 1회 이상 이용한 경우에도 이용횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금을 연간 1회만 지급합니다.

[다음 제6항부터 제10항은 기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약에 한합니다.]

- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유) [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]의 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”는 제2-1조의9(“암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료” 및 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”의 정의) 제2항에서 정한 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암 또는 갑상선암」과 상이한 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 위한 진료행위도 포함합니다.
- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유) [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]에서 “연간”이라 함은 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 “매년 진단확정일”이라 합니다)의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

“연간” 예시



- ⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유) [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]에서 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”이라 함은 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 5차년도에 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”를 받은 경우에는 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”으로 합니다.
- ⑨ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되고 보험기간이 만료되더라도 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 <부표2-1> “보험금 지급기준표”에서 정한 기타피부암 및 갑상선암 주요치료급여금을 보장합니다.
- ⑩ 회사는 피보험자가 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 이내에 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의 9(“암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료” 및 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”의 정의) 제2항에서 정한 수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 각각 연간 1회 이상 이용한 경우에도 이용횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 기타피부암 및 갑상선암 주요치료급여금을 연간 1회만 지급합니다.

제2-3조의2 보험료 납입면제에 관한 세부규정

- ① 특약보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되었을

때에는 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약에 대한 차회 이후의 보험료의 납입을 면제합니다.

- ② 특약보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 진단확정 되었을 때에는 기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약에 대한 차회 이후의 보험료의 납입을 면제합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
- ④ 제3항에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금을 지급합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

심신상실

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

제2-4조의2 보험료 납입을 면제하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는

보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 사고증명서

- ① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 수술증명서, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서, 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-6조 보험금 받는 방법의 변경

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-7조 보험수익자의 지정

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

법정상속인

법정상속인은 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속 순서에 따라 상속받는 자

민법 제 1000조(상속의 순위)

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 - 1. 피상속인의 직계비속
 - 2. 피상속인의 직계존속
 - 3. 피상속인의 형제자매
 - 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

민법 제 1001조(대습상속)

전조 제1항 제1호와 제3호의 규정에 의하여 상속인이 될 직계비속 또는 형제자매가 상속개시전에 사망하거나 결격자가 된 경우에 그 직계비속이 있는 때에는 그 직계비속이 사망하거나 결격된 자의 순위에 갈음하여 상속인이 된다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

민법 제 1003조(배우자의 상속순위)

- ① 피상속인의 배우자는 제1000조 제1항 제1호와 제2호의 규정에 의한 상속인이 있는 경우에는 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.
- ② 제1001조의 경우에 상속개시 전에 사망 또는 결격된 자의 배우자는 동조의 규정에 의한 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제3관 특약의 성립과 유지

제2-8조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 각 보장계약별로 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-11조(해약환급금) 제1항에

다른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 최초 진단확정되어 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]을 감액할 수 없습니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정되어 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]을 감액할 수 없습니다.
- ⑤ 제2항부터 제4항에 따라 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 지급하는 해약환급금이 없을 수도 있으며, 감액 이후 보험금 및 해약환급금은 최초 가입 당시에 안내한 금액보다 적을 수 있습니다.

감액처리에 대한 설명

[감액]

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.)

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

[보험가입금액을 감액할 때의 해약환급금 지급 예시]

보험가입금액을 감액할 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있는 경우 아래 예시와 같이 해약환급금을 지급합니다.

구 분	감액전	감액후
보험가입금액	1,000만원	500만원
감액시점의 해약환급금	400만원	200만원
감액할 때 지급금액	200만원 (= 400만원 - 200만원)	

제2-8조의2 “보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 대한 특칙

제1-13조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제1항부터 제5항을 따르며, 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자는 모든 보장계약(다만, 각 보장계약에서 이미 소멸된 보장계약은 제외)에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다.

제2-9조 특약의 소멸

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만 제5호 및 제6호의 경우, 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.

다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우

3. 제2-2조(보험금의 지급사유) [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]에서 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 최초 진단확정 되고, “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”에 사망하였을 경우

4. 제2-2조(보험금의 지급사유) [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]에서 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타 피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되고, “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”에 사망하였을 경우

5. 제2-2조(보험금의 지급사유) [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]에서 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 최초 진단확정 되고, “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”이 경과하였을 경우

6. 제2-2조(보험금의 지급사유) [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]에서 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타 피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되고, “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”이 경과하였을 경우
- ② 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유) [암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료 보장계약]에서 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 최초 진단확정 되고, “암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간”에 사망한 경우에는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유) [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]에서 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되고, “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”에 사망한 경우에는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제2항부터 제4항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-5조(보험금 등의 청구)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-6조(보험금 등의 지급절차)를 따릅니다. 다만, 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ⑥ 제1항 제2호부터 제4호 및 제2항부터 제4항의 “사망”에는 특약보험기간, “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 또는 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”에 다음 중 어느 하나의 사유가 발

생한 경우를 포함합니다.

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

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

민법 제27조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

- ⑦ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 「연명의료중단등결정 및 그 이행」과 관계없이 지급금은 제2항부터 제4항에 해당하는 경우 해당 조항에 따라 지급합니다.

제2-9조의2 “특약의 무효”에 대한 특칙

- ① 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 다음에 해당되는 경우에는 [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]의 보험료 누계액(다만, “감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.
1. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되는 경우

무효

당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말함

- ② 제1항에도 불구하고 특약보험기간 중 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암” 중 최초로 “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단 확정되어 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]을 무효로 하지 않습니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-10조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-11조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 최초 진단확정된 경우에는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”이 경과하기 전까지 이 특약을 해지할 수 없습니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우에는 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”이 경과하기 전까지 이 특약을 해지할 수 없습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 보장계약만을 해지할 수 없습니다.
- ⑤ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제2-11조 해약환급금

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <부표1-1>“보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-12조 주계약 약관 규정의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.



[암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금	<p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 최초 진단확정 되고, “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 이내에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받았을 때</p> <p>[다만, 최초 진단확정일로부터 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 주요치료를 합하여 최대 5년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 5회지급)]</p>	특약보험가입금액의 100%

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 또는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
- 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
- ② 피보험자가 [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]에

서 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되었을 경우

3. “암보장개시일”은 최초계약의 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.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
5. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료도 포함합니다.
6. “연간”이라 함은 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매년 진단확정일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
7. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”이라 함은 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 5차년도에 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받은 경우에는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”으로 합니다.

[기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
기타피부암 및 갑상선암 주요치료 급여금	<p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되고, “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 이내에 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”를 받았을 때</p> <p>[다만, 최초 진단확정일로부터 「기타피부암 또는 갑상선암」의 주요치료를 합하여 최대 5년간, 연간 1회에 한하여 지급함 (최대 5회지급)]</p>	<p>특약보험가입금액의 100%</p>

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 또는 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자 적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
- 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
- ② 피보험자가 [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]에서 보장개시일 이후 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되었을 경우
3. 이 특약의 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”는 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암 또는 갑상선암」과 상이한 「기타피부암

또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 위한 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료도 포함합니다.

4. “연간”이라 함은 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매년 진단확정일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
5. 이 특약의 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”이라 함은 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 5차년도에 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”를 받은 경우에는 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”으로 합니다.

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



별첨2 [표 5-1] 참조

(간편)종합병원암주요치료플러스특약 (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 “수술”의 정의와 장소
- 제2-1조의7 “항암약물치료”의 정의
- 제2-1조의8 “항암방사선치료”의 정의
- 제2-1조의9 “암 주요치료”의 정의
- 제2-1조의10 “암 주요치료비 본인부담금” 및 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액” 등의 정의
- 제2-1조의11 “종합병원”의 정의

제2관 보험금의 지급

- 제2-2조 보험금의 지급사유
- 제2-2조의2 보험료 납입면제사유
- 제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제2-3조의2 보험료 납입면제에 관한 세부규정
- 제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제2-4조의2 보험료 납입을 면제하지 않는 사유
- 제2-5조 사고증명서
- 제2-6조 보험금 받는 방법의 변경
- 제2-7조 보험수익자의 지정